

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

64

N°

THÈSE

Année 1898

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Novembre 1898

Par M. Louis DEGOUY

Né à Bouillancourt (Somme), le 18 janvier 1867

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

**DE L'INSERTION HABITUELLE
DU PLACENTA**

Président : M. BUDIN, Professeur.

Juges { M. REMY, agrégé.
M. RICHELLOT, agrégé.
M. FAURE, agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

49, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1898

DE L'INSECTE HORTICOLE

DE PLACENTA

DE L'INSERTION HABITUELLE
DU PLACENTA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	TEISSIER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	GILLES de la TOURETTE.	MAUCLAIRE.	THIÉRY.
BAR.	GLEYS.	MÉNÉTRIÉR.	THOINOT.
BONNAIRE.	HARTMANN.	MÉRY.	TUFFIER.
BROCA (André).	HEIM.	NELATON.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	LANGLOIS	NETTER.	VARNIER.
CHARRIN.	LAUNOIS	POIRIER.	WALLICH.
CHASSEVANT.	LEGUEU.	RETTERER.	WALTHER.
DELBET.	LEJARS.	RICARD.	WEISS.
DESGREZ.	LEPAGE.	ROGER.	WIDAL.
DUPRÉ.	LETULLE.	SEBILEAU.	WURTZ.
FAURE.			

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1898

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Novembre 1898

Par M. Louis DEGOUY

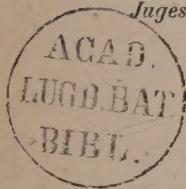
Né à Bouillancourt (Somme), le 18 janvier 1867

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

**DE L'INSERTION HABITUELLE
DU PLACENTA**

Président : M. BUDIN, Professeur.

Juges { M. REMY, agrégé.
M. RICHELLOT, agrégé.
M. FAURE, agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1898

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A TOUS MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

DE L'INSERTION HABITUELLE DU PLACENTA

INTRODUCTION

Nous avons choisi ce sujet : « De l'insertion habituelle du placenta, » sur les conseils de M. le D^r FOURNIER, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à l'Ecole de médecine d'Amiens, parce qu'il y a un an environ il nous dit avoir la pensée que l'insertion du placenta ne devait pas être quelconque, devait obéir à des lois déterminées, et peut-être même tenait au décubitus de la mère pendant le sommeil ; il ajouta qu'il devait exister un rapport entre la position du fœtus et la situation du placenta et que de semblables recherches constituaient un sujet de thèse tout à fait clinique. Il mit ses accouchées à notre disposition à la condition qu'une antiseptie rigoureuse serait observée et qu'aucun cas d'infection ne se produirait.

Lui-même, deux internes, MM. CRESSON et P. LEFEBVRE, et nous, avons pris les observations qui seront relatées plus loin. Nous dirons aussi de quelle manière nous avons tous procédé, le chef de service, nous-même et les deux internes.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis d'adresser d'abord notre premier et respectueux souvenir à la mémoire du regretté D^r MOLLIEN, professeur de Clinique médicale et notre premier chef de service.

Nous présentons nos plus vifs remerciements à tous nos Maîtres de l'École de médecine d'Amiens, pour l'enseignement qu'ils nous ont donné et pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée pendant le cours de nos études médicales.

Qu'en particulier M. le D^r FOURNIER, qui nous a donné de si nombreuses marques de bienveillance et qui nous a toujours montré une cordiale sympathie, reçoive l'assurance de notre profonde gratitude.

Que M. le Professeur BUDIN veuille bien accepter nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions non plus oublier nos amis les internes, MM. CRESSON et Paul LEFEBVRE, qui nous ont aidé dans nos recherches.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Depuis longtemps on s'est préoccupé de savoir en quel endroit de l'utérus se fait ordinairement l'insertion du placenta.

Nous nous contenterons de citer rapidement les diverses opinions des auteurs à ce sujet.

Fallope considérait l'insertion sur les côtés comme la règle, mais sans être absolu dans son opinion, qui était d'ailleurs partagée par de Graaf.

Ruysch croyait que l'insertion du placenta se faisait presque toujours au fond de l'utérus et il décrivit un muscle circulaire qu'il appela « *detrusor placentaë* », auquel il attribua le rôle de décoller et d'expulser le placenta.

Portal montra le premier que le placenta peut s'insérer sur le segment inférieur de l'utérus et Levret a ajouté qu'il n'y a pas un seul point de l'intérieur où le placenta ne puisse s'insérer. Heister pensait qu'il n'y avait pas de lieu certain et déterminé pour l'insertion du placenta.

D'après Capuron, le placenta s'insère le plus fréquemment vers la région moyenne de l'utérus et très rarement dans le fond, le col et surtout l'orifice interne.

Velpeau, Moreau disent que l'insertion peut se faire dans tous les points de l'utérus.

Meckel écrit que le placenta s'insère ordinairement, surtout chez les primipares, à la partie supérieure et postérieure de la matrice, un peu à droite, et qu'aucune des explications mécaniques qu'on a données de ce phénomène n'est satisfaisante.

Cazeaux pense que le placenta peut s'insérer sur tous les points de l'utérus, mais principalement sur le fond.

Longet croit que l'insertion correspond généralement à

l'une des trompes et plus souvent en avant qu'en arrière.

Pour Joulin, le placenta peut s'insérer en tous les points de la cavité utérine, mais ordinairement il s'insère sur le fond.

Grâce à des indications fournies par Hohl, Carmichaël, Hegar, Martin Winckel et Gusserow, Van Cauvenberghe, en 1871, a publié une statistique de l'insertion habituelle du placenta.

Sur 189 cas, 94 fois le placenta était inséré sur la face postérieure de l'utérus, 77 fois sur la face antérieure, 12 fois sur le côté droit et 6 fois sur le côté gauche.

MM. Pinard et Varnier, sur 39 pièces anatomiques (coupes après congélation), ont trouvé la proportion suivante :

22 fois le placenta était inséré sur la paroi postérieure de l'utérus ; 12 fois sur sa paroi antérieure ; 1 fois sur le fond ; 1 fois sur la paroi latérale droite ; et dans un cas de grossesse trigémellaire avec 2 placentas, l'un occupait la face antérieure et l'autre la face postérieure.

En 1897, Léopold (1) a recherché le siège habituel du placenta dans l'utérus et de plus il a essayé de mettre en relief les signes qui peuvent faire diagnostiquer le lieu d'insertion du placenta dans la cavité utérine.

En s'appuyant sur la direction des annexes par rapport à l'axe utérin, il a conclu : que le placenta siège sur la face postérieure de l'utérus, lorsque les trompes montent en convergeant sur sa face antérieure ; et que lorsque les trompes siègent sur les côtés de l'utérus parallèlement au grand axe du corps, le placenta est inséré sur la face antérieure.

La même année, Tridondani essaya également d'établir ce diagnostic, en s'appuyant sur les points d'insertion des trompes et des ligaments ronds, par rapport à l'utérus, sur la direction de ces annexes, sur la perception plus ou

(1) LÉOPOLD, *Uterus und Kind*, Leipzig, 1897.

moins nette des parties fœtales, des bruits du cœur et des mouvements actifs. Il est arrivé à formuler des conclusions à peu près analogues à celles de Léopold.

Des statistiques de ces deux auteurs, il semblerait résulter que l'insertion postérieure du placenta est plus constante chez les multipares que chez les primipares ; il semblerait aussi que le décollement placentaire serait plus long à se produire quand l'insertion est antérieure et donnerait plus souvent lieu à des hémorragies ; enfin la délivrance se ferait mieux quand le placenta est inséré sur la face postérieure.

Pour se rendre compte du lieu d'insertion du placenta dans l'utérus, Ahlfeld, en 1897, entreprit de faire, vers le 9^e ou 10^e jour des suites de couches, le toucher digital intra-utérin, afin de pouvoir localiser rétrospectivement l'insertion placentaire qu'il sentait sous forme d'un relief.

Ses recherches ont porté sur 227 cas, mais, dans 100 cas seulement, il put avoir des notions assez exactes pour reproduire par un dessin schématique les dimensions du placenta et des membranes, ainsi que le siège du placenta dans l'utérus.

Ahlfeld a trouvé que le placenta siégeait presque avec une égale fréquence sur la face antérieure et sur la face postérieure : 47 fois sur la paroi antérieure et 50 fois sur la paroi postérieure ; dans un cas de grossesse gémellaire, un placenta était en avant, l'autre en arrière.

Dans aucun cas, le placenta n'était inséré directement sur le fond de l'utérus et rarement le placenta passait d'une paroi à l'autre, sauf lorsqu'il était inséré bas.

En moyenne, le bord inférieur du placenta était distant de 0 m. 10 environ de l'orifice interne.

Lorsque le placenta s'insère sur la paroi postérieure, il est en général un peu plus volumineux et plus pesant que dans le cas contraire.

CHAPITRE II

Procédé de recherche

Comme le montre le chapitre précédent, de savantes recherches ont été entreprises pour déterminer le lieu d'insertion du placenta dans l'utérus et pourtant la cause, ou plutôt les causes, qui régissent son siège habituel ne sont pas encore connues ; c'est ce qui nous a engagé à faire de nouvelles recherches, en employant un procédé simple, sûr et rapide.

La main et l'avant-bras, préalablement brossés, savonnés, lavés à l'éther, à l'alcool et trempés dans le sublimé, ont été introduits dans le vagin, puis dans l'utérus, aussitôt après l'expulsion du fœtus et très souvent même avant la ligature du cordon. L'investigation a duré 2 à 5 minutes en moyenne. Avant de retirer la main de la cavité utérine, une injection de 2 litres d'eau bouillie, additionnée de teinture d'iode, a été faite dans l'utérus ; puis on a retiré la main sans décoller le placenta ; la délivrance se faisait normalement, comme dans les cas ordinaires.

Dans aucun cas, il n'y a eu infection même légère, jamais la moindre élévation de température.

Il était indispensable que l'antisepsie fût suffisante ; c'est pourquoi l'injection utra-utérine a toujours été faite.

Cette introduction de la main 70 fois dans l'utérus est bien une preuve qu'elle est sans le moindre inconvénient,

depuis que l'antisepsie est appliquée à l'obstétrique. Il faut dire d'autre part que cette recherche expérimentale eût été impossible et même criminelle à l'époque où on n'était pas assuré de ses conséquences et où on avait à redouter l'infection. C'est encore un des bienfaits de l'antisepsie que nous puissions et que d'autres puissent dans l'avenir renouveler l'examen intérieur de la cavité utérine. On conçoit encore que les interventions intra-utérines doivent être toujours bénignes quand elles ne s'accompagnent d'aucun traumatisme et j'ai dit que nous avons toujours laissé le placenta en place, sans essayer de le décoller, car tel n'était pas notre but.

En fait, c'est parce que d'un côté nous étions convaincu de ne pas nuire à nos accouchées et que, d'un autre côté, nous n'avions pas d'idées préconçues, que nous avons essayé de fouiller, si j'ose dire, la cavité utérine. On nous pardonnera d'être sincère et de dire la vérité telle que nous la connaissons, au risque de nous heurter peut-être à des faits déjà acquis, à des notions déjà en cours.

En conséquence, avec l'autorisation de M. le D^r Fournier et après qu'il eut fait lui-même bien souvent cette exploration utérine, nous avons agi sans difficultés et acquis une certaine habitude de l'utérus. Nous ne reviendrons plus sur l'innocuité de notre procédé; nous dirons seulement que, pour le mettre en œuvre, nous avons introduit la main jusqu'au fond de l'utérus, la paume tournée en avant, la face dorsale en arrière, afin de ne pas changer les rapports de l'organe. La paume de la main correspondait ainsi à la face antérieure de l'utérus, mais bien souvent elle sentait nettement que cette face antérieure était tournée à droite. Après ce 1^{er} temps, nous avons tourné la face palmaire de la main, de manière à l'appliquer sur le placenta, à rechercher ses bords

droit et gauche, son extrémité supérieure, puis, descendant sur son extrémité inférieure, nous avons constaté quelques particularités sur l'anneau de Bandl, le col de l'utérus, etc.

Voici maintenant les observations qui constituent la partie essentielle de cette thèse; on trouvera que les applications de forceps, les versions y figurent en notable proportion, cela tient à ce que nous profitons, surtout M. le Dr Fournier et moi, des cas de dystocie qui nécessitaient notre présence.

CHAPITRE III

Tableaux comparatifs d'observations d'insertions
du placenta.

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
1	G... Catherine primipare. 30 ans	19 mars 1898 forceps	O.I.G.P	Dos	Le milieu du placenta siège sur <i>la paroi latérale droite</i> de l'utérus; il débordé sur les faces <i>antérieure' et postérieure</i>. Le bord supérieur arrive sur le fond de l'utérus, le bord inférieur est à 0^m03 de l'ouverture du col, le cordon occupe la région de la corne utérine droite sur le bord supérieur du placenta.
2	H... Gabrielle primipare 20 ans	28 mars 1898 acc. normal	O.I.D.P.	?	Placenta inséré en totalité sur <i>la face postérieure</i>. Le bord supérieur arrive à 0^m03 ou 0^m04 du fond.
3	C... Marie multipare 32 ans	30 mars 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure et débordant sur le bord droit</i>; le bord supérieur est à 0^m05 ou 0^m06 du fond, le bord inférieur est à l'ouverture du col dans le vagin.
4	R... Marie primipare 29 ans	7 avril 1898 forceps	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure et débordant un peu à droite</i> la face latérale. Le bord supérieur remonte au fond de l'utérus, le bord inférieur arrive à l'ouverture du col.
5	T... Marie multipare 24 ans	7 avril 1898 version	M.I.G.T.	Dos	Placenta inséré sur <i>la face postérieure</i>; il débordé légèrement à gauche, le bord supérieur arrive au fond de l'utérus; le bord inférieur est éloigné de 0^m05 environ de l'orifice utérin.
6	L... Lauria primipare 22 ans	8 avril 1898 forceps	O.I.G.A.	Se couche plus souvent à droite qu'à gauche	Placenta inséré sur <i>la face antérieure et sur le bord droit</i>, et empiétant très peu sur la face postérieure; le bord supérieur atteint le fond.
7	M... Eléonore primipare 21 ans	8 avril 1898 forceps	O.I.G.A.	Côté gauche	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i>; le bord supérieur arrive à 0^m05 environ du fond de l'utérus; le bord inférieur correspond à l'ouverture du col.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta cordiforme; son diamètre verticale mesure 0 ^m 18. La pointe du cœur correspond au bord inférieur. La déchirure des membranes est parallèle au ^r bord placentaire; le centre de cette déchirure est à 0 ^m 12 du bord.	600 gr.	2 k. 900
Placenta de forme ovulaire; son plus grand diamètre mesure 0 ^m 20. La déchirure est perpendiculaire au bord. La distance du milieu de la déchirure au bord placentaire est 0 ^m 12.	400 gr.	2 k. 800
Placenta de forme circulaire, de 0 ^m 19 de diamètre. Le cordon, long de 0 ^m 50, s'insère à 0 ^m 05 du bord supérieur. La déchirure, parallèle au bord placentaire, est distante de ce dernier de 0 ^m 04.	550 gr.	3 k. 200
Placenta bilobé; le grand diamètre vertical mesure 0 ^m 14; le dia- mètre perpendiculaire à celui-ci est égal à 0 ^m 07.	500 gr.	3 k.
Placenta épais; le cordon s'insère sur son tiers supérieur.	500 gr.	2 k. 300
	650 gr.	3 k. 300
Placenta épais; le cordon s'insère au tiers supérieur. La déchirure est perpendiculaire au bord placentaire.	650 gr.	3 k. 300

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
8	D... Cœlia primipare, 18 ans rachitique, 1 ^m 30	9 avril 1898 acc. normal bassin rétréci	O.I.G.A.	Côté gauche	Placenta inséré sur <i>la face postérieure</i> , le bord supérieur atteint le fond, le bord inférieur arrive à l'entrée de l'utérus.
9	H... Berthe primipare 22 ans	11 avril 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté gauche	Placenta inséré sur <i>la face antérieure et sur le bord droit</i> ; le bord supérieur atteint le fond de l'utérus.
10	L... Joséphine primipare 22 ans	18 avril 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Côté gauche	Placenta inséré sur <i>la face postérieure et sur le bord gauche</i> ; le bord inférieur arrive à l'orifice utérin, le bord supérieur atteint le fond de l'utérus.
11	L... Marie multipare 20 ans	18 avril 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Dos	Placenta inséré sur toute la largeur de <i>la face postérieure</i> , et débordant un peu à droite; le bord supérieur atteint le fond, le bord inférieur atteint presque l'orifice utérin. Le cordon est perçu, s'attachant au centre du placenta, plus près de son bord droit que du gauche.
12	F... Angèle multipare 22 ans	20 avril 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> et débordant un peu à droite; le bord supérieur atteint le fond de l'utérus; l'insertion du cordon est perçue vers la région de la corne utérine droite, très près du bord supérieur.
13	D... Louise multipare 22 ans	21 avril 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure et sur le bord droit</i> , et débordant un peu sur <i>la face postérieure</i> ; le bord supérieur remonte au fond de l'utérus; le cordon est inséré au centre du placenta.
14	C... Maria	24 avril 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Se couche indifférem- ment des deux côtés	Placenta inséré sur <i>la face antérieure et sur le bord droit</i> , et sur <i>la face postérieure</i> , plus sur la face antérieure que sur la postérieure; le bord supérieur est à 0 ^m 02 ou 0 ^m 03 du fond; son bord inférieur, en partie décollé, dépasse un peu l'orifice utérin.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta cordiforme; le cordon est inséré à son centre; le diamètre vertical du placenta mesure 0 ^m 18; le diamètre perpendiculaire à celui-ci mesure 0 ^m 14. La déchirure est parallèle au bord placentaire et distante de ce dernier de 0 ^m 10.	400 gr.	2 k.
Placenta de forme triangulaire (triangle isocèle); le diamètre vertical mesure 0 ^m 18; le cordon est inséré à l'union du tiers supérieur, avec les deux tiers inférieurs; la base du triangle correspond au fond de l'utérus. La déchirure est perpendiculaire au bord placentaire. Le milieu de la déchirure est distant du bord de 0 ^m 10.	450 gr.	3 k.
Placenta de forme ovoïde, très épais, multilobé; son diamètre vertical est égal à 0 ^m 16; le diamètre perpendiculaire mesure 0 ^m 14. Le cordon est inséré dans le quart supérieur. La déchirure est perpendiculaire au bord placentaire; la distance du centre de la déchirure au bord est 0 ^m 13.	600 gr.	3 k.
Placenta de forme circulaire; le diamètre vertical qui est le plus grand, mesure 0 ^m 18; le diamètre transversal est égal à 0 ^m 17. Le cordon s'insère sur ce diamètre transversal à 0 ^m 03 du bord droit. La déchirure est perpendiculaire au bord placentaire; le centre de cette déchirure est distant du bord de 0 ^m 13.	600 gr.	3 k.
Placenta de forme circulaire, épais; son diamètre vertical mesure 0 ^m 16, et son diamètre transversal 0 ^m 15.	500 gr.	3 k.
Placenta de forme circulaire de 0 ^m 17 de diamètre. La déchirure est perpendiculaire au bord placentaire; le centre de cette déchirure est à 0 ^m 12 du bord.	500 gr.	2 k. 400
Placenta de forme circulaire de 0 ^m 16 de diamètre. Le cordon s'insère à l'union du tiers droit avec les 2 autres tiers du placenta. La déchirure, parallèle au bord, est longue de 0 ^m 13 et distante de ce bord de 0 ^m 10.	500 gr.	3 k. 100

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
15	L... Emma multipare 34 ans	26 avril 1898 version	dos (région lombaire)	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> , et sur <i>le bord gauche</i> ; le bord supérieur arrive au fond de l'utérus, le bord inférieur est au niveau de l'orifice utérin.
16	J... Canappl	29 avril 1898 acc. normal	O.I.G.A	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> et sur <i>le bord droit</i> , et à peine sur la face postérieure. Le bord supérieur et une partie du placenta recouvrent le fond de l'or- gane; le cordon paraît inséré au centre du placenta.
17	T... Antonia multipare 38 ans	4 mai 1898 forceps	O.I.G.A	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> , et sur le bord droit de l'utérus; le bord supérieur touche le fond, le bord inférieur est senti immédiatement à l'orifice utérin; le cordon paraît inséré à l'union du 1/3 su- périeur avec les 2/3 inférieurs du placenta.
18	B... Zélie multipare 24 ans	20 mai 1898 acc. normal	O.I.G.A	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face postérieure</i> , et débordant sur le bord gauche; le bord supérieur est adhérent au fond de l'utérus, le bord inférieur, en partie décollé, affleure l'orifice utérin; le cordon paraît inséré au centre.
19	L... Juliette primipare 26 ans	20 mai 1898 forceps	O.I.G.A	Côté droit	Le 1/4 supérieur est inséré sur <i>le fond</i> ; les 3/4 inférieurs, sur <i>la face antérieure</i> . Le cordon s'attache à l'union du 1/4 sup. avec les 3/4 inf., à l'angle formé par le fond de l'utérus avec sa face anté- rieure.
20	B... Maria multipare 38 ans	21 mai 1898 forceps	O.I.G.A	Côté droit pendant la grossesse et indiffé- remment des 2 côtés avant la grossesse.	Placenta inséré sur <i>la face postérieure</i> , et sur <i>le bord droit</i> ; le bord supérieur re- monte jusqu'au fond de l'utérus; le bord inférieur est inséré sur l'orifice du col; la main constate en passant que les membra- nes sont déchirées tout près du bord.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta cordiforme ; le cordon est inséré sur le $\frac{1}{3}$ supérieur du placenta ; la pointe correspond au bord inférieur du placenta.	520 gr.	3 k. 200
Placenta de forme circulaire de 0 ^m 19 de diamètre. Le cordon est bien inséré au centre. La déchirure, perpendiculaire au bord placentaire, est longue de 0 ^m 16. Le milieu de cette déchirure est distant de 0 ^m 13 du bord le plus rapproché.	600 gr.	4 k. 130
Placenta de forme circulaire ; son diamètre mesure 0 ^m 19. Le cordon est inséré sur la ligne médiane à la réunion du $\frac{1}{3}$ supérieur avec les $\frac{2}{3}$ inférieurs.	500 gr.	3 k. 700
Placenta de forme quadrangulaire, cotylédoné ; les nombreux cotylédons sont rattachés au centre du placenta par un pédicule épais ; le diamètre vertical mesure 0 ^m 18, le diamètre transversal 0 ^m 14, le cordon est inséré au centre de figure. La déchirure est perpendiculaire au bord placentaire et longue de 0 ^m 17 ; elle arrive à 0 ^m 03 du bord. Le centre de la déchirure est distant du bord de 0 ^m 11.	600 gr.	2 k. 900
Placenta cordiforme. La base, qui s'attache dans le fond, a pour diamètre maximum 0 ^m 18 ; le diamètre vertical mesure également 0 ^m 18. La déchirure est oblique et longue de 0 ^m 15. Le centre de la déchirure est distant de 0 ^m 15 du bord inférieur du placenta.	600 gr.	3 k. 600
	700 gr.	3 k. 700

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
21	Ph... Léontine multipare 24 ans	23 mai 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Dos	Placentainséré <i>sur la face antérieure</i> de l'utérus ; le bord supérieur affleure le fond ; le bord inférieur arrive à l'orifice utérin .
22	B... Camille primipare 23 ans	24 mai 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré <i>sur la face antérieure</i> et <i>sur le bord droit</i> , et très peu sur la [face postérieure. Le bord supérieur est inséré sur le fond ; l'insertion du cordon est environ dans le 1/4 supérieur du placenta, et est sentie dans le fond de l'utérus.
23	P... Louise multipare 21 ans	8 juin 1898 acc. prématuré	O.I.G.A.	Dos et aussi le côté droit	Placenta inséré <i>sur la face postérieure</i> ; il atteint le bord droit de l'utérus. Le bord supérieur est assez distant du fond de l'utérus, 0 ^m 05 à 0 ^m 06 environ ; le bord inférieur fait hernie à travers l'orifice utérin ; ce bord inférieur est en partie décollé.
24	M... Blanche multipare 22 ans	15 juin 1898 acc. spontané	S.I.D.P.	Côté droit	Placenta inséré <i>sur la face antérieure</i> et <i>sur le bord droit</i> de l'utérus. Le bord supérieur correspond au fond de l'utérus sans empiéter sur lui ; le bord inférieur est presque au niveau de l'orifice utérin.
25	G... Augustine multipare 22 ans	24 juin 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Côté droit	Placenta inséré <i>sur la face postérieure</i> et <i>sur le bord droit</i> de l'utérus ; le bord supérieur, bien adhérent, arrive au fond de l'organe ; le bord inférieur, décollé, arrive à l'orifice utérin et le dépasse même un peu ; le cordon s'insère à l'union du 1/3 sup. avec les 2/3 inf. du placenta, et plus près du bord droit du placenta que du bord gauche.
26	X. primipare 23 ans	26 juin 1898 acc. forcé	O I.G.A.	Côté droit	Placenta prævia central s'insérant d'avantage à droite et un peu en arrière qu'à gauche ; on pourrait dire que le segment droit comprenait les 2/3 du placenta, tandis que le segment gauche en comprenait le 1/3.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta de forme irrégulièrement circulaire; le diamètre vertical est égal à 0 ^m 17, le transversal à 0,17 également. Le cordon, long de 0 ^m 68, fait un tour circulaire autour du cou. La déchirure est parallèle au bord et distante de 0 ^m 08 du bord inférieur.	500 gr.	3 k. 500
Placenta de forme circulaire; le diamètre vertical mesure 0 ^m 17, et le diamètre transversal 0 ^m 16. Le cordon, long de 0 ^m 58, fait un tour circulaire autour du cou. La déchirure, parallèle au bord et longue de 0 ^m 11, est distante de 0 ^m 12 du bord inférieur.	500 gr.	2 k. 300
Placenta de forme circulaire; le cordon, long de 0 ^m 32, s'insère au centre, les diamètres vertical et transversal sont égaux à 0 ^m 15. La déchirure est oblique et longue de 0 ^m 15; la distance du centre de la déchirure au bord le plus rapproché est de 0 ^m 08.	250 gr.	1 k. 500
Placenta de forme ovale; le diamètre vertical mesure 0 ^m 14, le transversal 0 ^m 17. Le cordon, blanc et grêle, est long de 0 ^m 56. La déchirure est perpendiculaire et longue de 0 ^m 23; le centre de la déchirure est à 0 ^m 15 du bord le plus rapproché.	500 gr.	3 k. 200
Placenta de forme rectangulaire; le diamètre vertical mesure 0 ^m 18, le diamètre transversal 0 ^m 13. Le cordon, long de 0 ^m 50, s'insère bien à l'endroit perçu avec la main. Le milieu de la déchirure, qui est perpendiculaire et longue de 0 ^m 16, est distant de 0 ^m 12 du bord le plus rapproché.	400 gr.	2 k. 100
Placenta étalé, mince; la main a produit une déchirure de 0 ^m 10 de long. Le cordon s'insère sensiblement au centre du placenta; il est distant de 0 ^m 02 de l'extrémité de la déchirure; les diamètres du placenta mesurent 0 ^m 20 et 0 ^m 16.	400 gr.	

N ^o	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
27	D... Louise multipare 35 ans	27 juin 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Dos	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> de l'utérus, le bord supérieur touche le fond; le bord inférieur arrive au niveau de l'orifice utérin rétracté; le cordon s'insère sur le 1/4 supérieur du placenta; le fond de l'utérus est fortement dévié à droite; il est comme tordu sur lui-même.
28	H... Maria multipare 37 ans	28 juin 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur les 2/3 droits de <i>la face antérieure</i> et sur le <i>bord droit</i> ; le bord supérieur arrive au fond de l'utérus, le bord inférieur à l'orifice utérin; le cordon est inséré plus près du bord supérieur que du bord inférieur et plus près du bord gauche que du bord droit.
29	D... Adrienne multipare 28 ans	28 juin 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Côté gauche	Placenta inséré sur <i>la face postérieure</i> et sur le <i>bord gauche</i> ; le bord supérieur touche le fond de l'utérus, le bord inférieur est au niveau de l'orifice utérin. L'insertion du cordon a lieu sur la ligne médiane, sur un point plus rapproché du bord supérieur que du bord inférieur.
30	C... Julia primipare 19 ans	30 juin 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit et dos	Placenta inséré sur <i>la face postérieure</i> tout entière et sur les 2 bords droit et gauche, plus sur le gauche que sur le droit; le bord supérieur est au niveau du fond de l'utérus, le bord inférieur arrive à 0 ^m 01 ou 0 ^m 02 de l'orifice utérin.
31	S... Emma multipare 32 ans	4 juillet 1898 acc. spontané	M.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> et sur le <i>bord droit</i> ; le cordon est inséré sur la ligne médiane, mais plus près du bord inférieur que du bord supérieur; le bord inférieur est à 0 ^m 02 ou 0 ^m 03 de l'orifice utérin.
32	D... Palmyre multipare 27 ans	6 juillet 1898 forceps	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> et sur le <i>bord droit</i> ; le bord supérieur est à 0 ^m 01 ou 0 ^m 02 du fond, le bord inférieur est au niveau de l'orifice utérin; l'insertion du cordon est perçue presque sur le bord supérieur.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta épais, de forme circulaire; le diamètre vertical mesure 0 ^m 18, le diamètre transversal 0 ^m 165; le cordon, bosselé et long de 0 ^m 48, s'insère dans le 1/4 supérieur du placenta. La déchirure est perpendiculaire au bord et longue de 0 ^m 15; le centre de cette déchirure est à 0 ^m 10 du bord placentaire.	500 gr.	3 k. 300
Placenta de forme circulaire et de 0 ^m 16 de diamètre. Le cordon est long de 0 ^m 60. La déchirure est parallèle au bord et distante de 0 ^m 10 du dernier de 0 ^m 10.	500 gr.	3 k.
Placenta de forme circulaire et de 0 ^m 18 de diamètre. Le cordon, long de 0 ^m 80, est inséré à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs. La déchirure, parallèle et longue de 0 ^m 12, est distante du bord placentaire de 0 ^m 12.	700 gr.	3 k. 900
Placenta de forme ovale; le diamètre vertical mesure 0 ^m 17, le diamètre transversal 0 ^m 22. La déchirure est parallèle au bord du placenta; elle est longue de 0 ^m 22 et distante de 0 ^m 09 du bord le plus rapproché.	700 gr.	3 k. 400
	600 gr.	3 k. 600
Placenta cordiforme, très épais, très friable: les membranes, très friables, se déchirent avec la plus grande facilité; le cordon, long de 0 ^m 66, est inséré sur la ligne médiane à 0 ^m 02 du bord supérieur. Le diamètre vertical mesure 0 ^m 19, le diamètre transversal 0 ^m 17. Après la délivrance, les membranes étaient trop déchirées, pour offrir quelque intérêt.	600 gr.	3 k. 700

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
33	R... Emilienne multipare 22 ans	10 juillet 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Dos	Placenta inséré sur la <i>face postérieure</i> en majeure partie, sur le <i>bord droit</i> et sur la <i>face antérieure</i> ; le cordon est inséré sur la ligne médiane, mais plus près du bord supérieur que de l'inférieur; le bord supérieur s'insère au fond de l'utérus, le bord inférieur arrive à 0 ^m 02 ou 0 ^m 03 de l'orifice utérin.
34	C... Marie multipare 37 ans	11 juillet 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Dos	Placenta inséré sur les 2/3 de la <i>face antérieure</i> , et sur toute la <i>face latérale droite</i> ; le bord supérieur n'arrive pas tout à fait au fond de l'utérus, le bord inférieur affleure l'orifice utérin; le cordon est attaché près du bord inférieur et plus près du bord gauche que du bord droit.
35	L... Marie multipare 27 ans	12 juillet 1898 acc. prématuré	O.I.D.P.	Plus sou- vent à droite qu'à gauche	Placenta inséré sur la <i>face antérieure</i> et sur le <i>bord droit</i> ; le bord supérieur s'insère sur le fond de l'utérus, le bord inférieur arrive presque au niveau du col.
36	D... Herminie multipare 22 ans	15 juillet 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté gauche	Placenta inséré sur la <i>face postérieure</i> et sur le <i>bord gauche</i> , le bord supérieur est inséré nettement sur le <i>fond</i> qu'il recouvre en partie; le bord inférieur arrive à 0 ^m 02 ou 0 ^m 03 de l'orifice du col; le cordon s'attache sur la ligne médiane à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs.
37	M... Juliette multipare 23 ans	18 juillet 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté gauche	Placenta inséré sur les 2/3 de la <i>face postérieure</i> et sur le <i>bord gauche</i> ; le bord inférieur arrive à 2 travers de doigts de l'orifice du col; le cordon, inséré sur la ligne médiane, est plus près du bord inférieur que du supérieur, ce dernier touche le fond de l'utérus.
38	D... Eugénie primipare 23 ans	19 juillet 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur la <i>face antérieure</i> et sur le <i>bord droit</i> ; le bord supérieur touche le fond; le bord inférieur arrive à l'orifice utérin; le cordon est inséré plus près du bord inférieur que du supérieur.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Une partie des membranes restèrent adhérentes à la face antérieure de l'utérus, d'où l'on dut les détacher après l'expulsion du placenta. Le cordon, long et grêle (0 ^m 81), faisait un circulaire autour du cou.	730 gr.	3 k. 800
Placenta irrégulier en 8 de chiffre. Le diamètre vertical mesure 0 ^m 22, le diamètre transversal 0 ^m 21. Le cordon, long de 0 ^m 66, est variqueux.	900 gr.	3 k. 400
Placenta de forme circulaire. Le cordon, gros et court (0 ^m 42), faisait un circulaire autour du cou. La déchirure, perpendiculaire au bord inférieur, est longue de 0 ^m 20; le milieu de cette déchirure est distant de ce bord de 0 ^m 12.	500 gr.	1 k. 800
Placenta de forme circulaire; les diamètres vertical et transversal mesurent 0 ^m 18. Le cordon est long de 0 ^m 36.	500 gr.	3 k. 200
Placenta de forme circulaire; le diamètre vertical mesure 0 ^m 18. Le cordon, long de 0 ^m 54, est inséré à 0 ^m 04 du bord inférieur, et à 0 ^m 14 du bord supérieur. La déchirure, parallèle au bord inférieur, est distante de ce dernier de 0 ^m 10.	700 gr.	3 k. 600
Placenta de forme circulaire; son diamètre vertical mesure 0 ^m 16. Le cordon, long de 0 ^m 50, est inséré sur la ligne médiane, à 0 ^m 06 du bord inférieur et à 0 ^m 10 du supérieur. La déchirure est perpendiculaire, le centre de cette déchirure est distant de 0 ^m 10 du bord inférieur.	600 gr.	3 k.

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
39	D... Blanche	19 juillet 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Côté droit	Placenta inséré sur toute la <i>face antérieure</i> ; le bord droit est légèrement recouvert; le bord supérieur arrive au fond de l'utérus, le bord inférieur à l'orifice utérin; le cordon, s'insère sur le diamètre vertical, mais plus près du bord supérieur que du bord inférieur; les doigts ne sentent aucune partie du col libre et flottant dans le vagin.
40	L... Maria multipare 36 ans	19 juillet 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Dos et surtout côté droit	Placenta inséré sur la $\frac{1}{2}$ droite de la <i>face antérieure</i> , bord droit, et sur le $\frac{1}{4}$ droit de la <i>face postérieure</i> . Le bord supérieur atteint le fond de l'utérus, le bord inférieur arrive à l'orifice externe; le cordon s'insère plus près du bord inférieur et du bord gauche que des bords supérieur et droit; les doigts ne sentent aucune portion du col libre et flottant dans le vagin.
41	L... Pauline primipare 22 ans	21 juillet 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté gauche	Placenta inséré sur la <i>face postérieure</i> et sur le <i>bord gauche</i> . Le bord gauche supérieur touche le fond de l'utérus; le bord inférieur arrive à l'orifice externe. Le cordon s'insère sur la ligne médiane, mais plus près du bord inférieur que du supérieur; la hauteur de la cavité utérine, aussitôt après l'expulsion du fœtus, est de 0 ^m 21; le col est senti épais de $\frac{1}{2}$ cm. environ et flottant dans le vagin; il est plus long en arrière (région du placenta) qu'en avant.
42	L... Juliette multipare 23 ans	21 juillet 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Se couche indifférem- ment sur l'un ou l'autre côté	Placenta inséré sur la <i>face antérieure</i> et sur tout le <i>bord droit</i> ; le bord inférieur arrive à l'orifice externe; le bord supérieur ne peut être senti à cause d'un anneau de contracture qui ne permet pas l'introduction de toute la main.
43	M... Emma primipare 16 ans $\frac{1}{2}$	23 juillet 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Côté droit	Placenta inséré sur la <i>face postérieure</i> , mais plus près du bord gauche que du bord droit; le bord supérieur touche le fond de l'utérus; le bord inférieur, un peu décollé, dépasse même l'orifice externe. La longueur de la cavité utérine avant la délivrance est de 0 ^m 20. Un anneau de contracture siégeait à 0.06 ou 0.07 de l'orifice du col. On perçoit le col flottant dans le vagin et long d'environ 0 ^m 03. L'accouchement se serait fait avant même la dilatation complète.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta de forme circulaire. Le diamètre vertical mesure 0 ^m 17, le diamètre transversal 0 ^m 16; le cordon, long de 0 ^m 50, s'insère à 0 ^m 06 du bord supérieur et à 0 ^m 11 de l'inférieur. La déchirure, qui est parallèle, est faite tout à fait au niveau du bord inférieur.	600 gr.	3 k. 400
Placenta de forme ovulaire. Le diamètre vertical mesure 0 ^m 19, le diamètre transversal 0 ^m 17. Le cordon s'insère à 0 ^m 04 du bord inférieur, à 0 ^m 05 du bord gauche, à 0 ^m 11 du bord droit et à 0 ^m 14 du bord supérieur. La déchirure est perpendiculaire et longue de 0 ^m 17. Le centre de cette déchirure est éloigné de 0 ^m 10 du bord inférieur.	600 gr.	3 k. 800
Placenta peu épais, de forme circulaire, et de 0 ^m 15 de diamètre. Le cordon, grêle et blanc, est long de 0 ^m 58; il s'insère sur le diamètre vertical à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs. Le centre de la déchirure, qui est perpendiculaire et longue de 0 ^m 15, est distant de 0 ^m 12 du bord inférieur.	500 gr.	2 k. 700
Placenta de forme circulaire; le cordon, très court (0 ^m 35), est inséré sensiblement sur la ligne médiane et à 0 ^m 09 du bord inférieur. La déchirure est perpendiculaire au bord et longue de 0 ^m 21; le centre de cette déchirure est à 0 ^m 11 du bord inférieur.	600 gr.	3 k. 300
Placenta de forme circulaire, de 0 ^m 15 de diamètre; le cordon, long de 0 ^m 50, est inséré dans le 1/3 gauche du placenta et à 0 ^m 02 du bord supérieur. Une partie des membranes étaient enroulées sur les épaules du fœtus.	400 gr.	2 k. 200

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
44	L... Eugénie 27 ans primipare	26 juillet 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté gauche et côté droit indiffé- remment	Placenta inséré en majeure partie sur <i>fond de l'utérus</i> et descendant de 0 ^m 0 ou 0 ^m 06 sur la <i>paroi antérieure et le bor</i> droit de l'utérus.
45	T... Marie 25 ans multipare	26 juillet 1898 acc. pré- maturé à 8 mois Hydramnios	O.I.D.P.	Côté droit plus fré- quemment que du cô- té gauche	<i>Face antérieure, bord droit</i> et surto <i>face postérieure</i> de l'utérus dans ses deu tiers droits environ. Le bord supérieur du placenta recouvi le fond de l'utérus, le bord inférieur dépass légèrement l'orifice externe. L'insertion du cordon est sentie sur partie du placenta adhérente à la face po stérieure de l'utérus à l'union du tiers sup rieur avec les 2/3 inférieurs du placenta à 3 travers de doigt de son bord gauche Le col utérin, long de 0 ^m 02 environ flotte dans le vagin; un anneau de contra ction (l'anneau de Bandl) siège à 0.07 ou 0.0 de l'orifice externe.
46	V... Angéline primipare 24 ans	3 août 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit et côté gauche indiffé- remment	<i>Face antérieure</i> de l'utérus et <i>bord droi</i> le bord inférieur du placenta en partie dé collé déjà dépasse l'orifice externe; son bord supérieur, encore bien adhérent, atteint le fond de l'utérus; le col utérin, mince mou et long d'environ 0 ^m 02, flotte dans l vagin.
47	C... Julia multipare 22 ans	10 août 1898 symphy- séotomie	O.I.D.	Côté droit	<i>Face antérieure</i> de l'utérus et <i>bord</i> <i>droit</i> . Le bord inférieur du placenta arriv au niveau de l'orifice externe; le bord supé rieur est distant du fond de 0.05 cent.
48	B... Périne primipare 20 ans	16 août 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté gauche	Toute la <i>face antérieure</i> de l'utérus; le bord droit de l'utérus est plus recouvert que le bord gauche par le placenta; le bord inférieur affleure l'orifice externe; le bord supérieur atteint le fond de l'utérus. Le cordon paraît inséré à égale distance des bords supérieur et inférieur du placenta mais plus près du bord gauche que du bord droit. Le col utérin forme un repli de 0 ^m 02 ou 0 ^m 03 dans la cavité vaginale.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta de forme ovulaire. Longueur maximum 0^m 18; largeur maximum 0^m 16. La déchirure des membranes est presque centrale et mesure 0^m 16; le cordon est long de 0^m 52.	500 gr.	2 k. 900
Placenta très volumineux, presque régulièrement circulaire; le diamètre vertical est de 0^m 29; le diamètre horizontal est de 0^m 28. La déchirure des membranes, perpendiculaire au bord placentaire, mesure 0^m 25; le milieu de cette déchirure est distant de 0^m 07 du bord inférieur du placenta.	750 gr.	2 k. 800
Placenta de forme quadrangulaire; le diamètre vertical est de 0^m 17; le diamètre transversal est de 0^m 19; le cordon est inséré à 0^m 02 du bord supérieur; la déchirure des membranes est parallèle au bord inférieur du placenta et distant de 0^m 10 de ce dernier.	480 gr.	2 k. 700
Placenta de forme très irrégulière; le diamètre maximum est de 0^m 18, le diamètre minimum est de 0^m 16. Les membranes sont déchirées jusqu'au bord du placenta; la déchirure, perpendiculaire à ce bord, mesure 0^m 27. Le cordon, inséré approximativement au centre de ce placenta, mesure 0^m 60.	450 gr.	3 k. 400
Placenta de forme circulaire et très volumineux; diamètre 0^m 17. La déchirure des membranes, longue de 0^m 20, est oblique par rapport au bord placentaire; le milieu de la déchirure est distant de 0^m 11 du bord le plus rapproché. Le cordon mesure 0^m 60.	700 gr.	3 k. 400

N ^o	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
49	D... Eugénie avortement anté- rieur à 2 mois 23 ans	17 août 1898 proci- dence du cordon	O.I.G.A.	Côté droit	<i>Face antérieure et bord droit de l'utérus;</i> le bord supérieur atteint le fond de l'utérus; le bord inférieur n'arrive pas à fait à l'orifice externe; le cordon est inséré plus près du bord supérieur que du bord inférieur. La main, introduite aussitôt après l'expulsion du fœtus, ne sent pas le col utérin faisant un repli circulaire dans le vagin; elle force un premier orifice rétracté, puis un second de 0^m 07 ou 0^m 08 au-dessus de ce dernier; elle est arrêtée par un anneau de contraction plus résistant et plus difficile à forcer. 5 minutes après l'accouchement, le col est perçu sous la forme d'une valvule séparée de l'utérus du vagin et accentuée surtout sur la face postérieure.
50	G... Marthe primipare 15 ans	19 août 1898 Applica- tion de forceps	O. I. G. A.	Côté droit	<i>Face antérieure et bord droit de l'utérus;</i> le bord supérieur du placenta recouvre la partie le fond de la cavité utérine; le bord inférieur déborde légèrement dans le vagin; l'insertion du cordon est marginale et occupe le bord gauche du placenta, au niveau de l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs. La main arrive du vagin dans l'utérus par le plein canal; le col utérin n'est représenté que par une valvule semi-lunaire occupant la face postérieure du vagin.
51	L... Alfrédine multipare 32 ans	21 août 1898 accouch. normal	O. I. G. A.	Côté gau- che	<i>Face postérieure et fond de l'utérus;</i> le bord gauche est largement recouvert par le placenta, qui par contre affleure à peine le bord droit; le bord inférieur du placenta est situé à environ 0^m 05 ou 0^m 06 de l'orifice utérin; le col est représenté par une saillie épaisse proéminente dans le vagin à la longueur de la 1^{re} phalange de l'index. Le cordon est inséré plus près du bord supérieur que du bord inférieur et plus près du bord droit que du bord gauche.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta de forme rectangulaire, long de 0^m 17 et large de 0^m 14. La déchirure des membranes, perpendiculaire au bord du placenta, mesure 0^m 22; le milieu de cette déchirure est distant de 0^m 12 du bord inférieur.	600 gr.	2 k. 500
Placenta de forme elliptique; son grand axe mesure 0^m 18; le petit axe : 0^m 13. Le cordon, très variqueux, mesure 0^m 60. La déchirure des membranes, longue de 0^m 20, est parallèle au bord placentaire et distante de 0^m 17 du bord inférieur.	500 gr.	3 k. 400
Placenta de forme circulaire, de 0^m 19 de diamètre. La déchirure des membranes, longue de 0^m 16, est oblique par rapport au bord placentaire; le milieu de cette déchirure est distant de 0^m 14 du bord le plus rapproché.	600 gr.	3 k. 100

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
52	P... Marie multipare 29 ans	23 août 1898 accouch. méthodi- quement rapide (placenta prævia)	O. I. G. A.	Côté droit	Placenta inséré sur tout le segment in- férieur de l'utérus; la dilatation forcée étant à peu près complète, on ne sentait encore partout que du tissu placentaire; le placenta, très large et très étalé, remontait sur la face antérieure et droite de l'utérus et atteignait le bord droit; le bord supé- rieur du placenta était à 0 ^m 08 ou 0 ^m 09 du fond de l'utérus.
53	M... Berthe multipare 28 ans	1 ^{er} sept. 1898 accouch. normal	O. I. G. A.	Côté droit	Placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus et débordant légèrement le bord droit de l'organe; le bord supérieur du placenta atteint le fond de l'utérus, le bord inférieur dépasse légèrement l'anneau de contraction, qui ferme l'entrée de la cavité utérine; le col utérin, mince, mou et livrant passage à la main sans résistance, flottait de 0 ^m 02 dans le vagin; l'insertion du cor- don est sentie sur le bord supérieur du pla- centa.
54	L... Idalie primipare 18 ans	27 sept. 1898 accouch. normal	O. I. G. A.	Côté droit	Placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus et débordant légèrement son bord droit; le bord supérieur du placenta atteint le fond de l'utérus; le bord infé- rieur dépasse légèrement l'orifice utérin con- tracturé.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta irrégulièrement circulaire; très mince, comme laminé, de consistance friable et de plus très vasculaire; les membranes sont épaisses, très résistantes, et contiennent, disséminées dans leur surface, un certain nombre de cotylédons de dimensions très variables; le plus grand diamètre de ce placenta mesurait 0^m32, le plus petit 0^m29.	600 gr.	3 k. 200
Placenta cordiforme, le cordon s'insère sur le milieu du bord supérieur; la pointe du cœur formait le bord inférieur de ce placenta; la déchirure des membranes, perpendiculaire au bord placentaire, est longue de 0^m14; le milieu de cette déchirure est distant de 0^m10 de ce bord.	500 gr.	2 k. 700
Placenta ovalaire d'aspect albuminurique (la parturiente n'avait pas d'albumine dans les urines, mais, à son entrée dans le service, elle avait les jambes enflées et quelques signes de brightisme; elle fut mise au régime lacté pendant les 20 jours qui précédèrent son accouchement). Sur le bord supérieur et droit du placenta, on trouve un infarctus blanc du volume d'une grosse noisette; tout près de celui-ci, on voyait un noyau hémorragique récent, de la grosseur d'un petit œuf de poule, de consistance fluctuante et qui, à la coupe, laissa écouler un liquide lie de vin très foncée; 2 autres noyaux hémorragiques récents, mais moins volumineux, se voyaient encore sur ce placenta. Sur presque toute la face utérine du placenta, on remarque un grand nombre de plaques calcaires, jaunâtres, se détachant très facilement du tissu placentaire; la déchirure des membranes, oblique par rapport au bord du placenta, mesure 0^m20; son centre est à 0^m12 de ce bord. Cordon, grêle, inséré au niveau du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs. Le diamètre vertical de ce placenta mesure 0^m17.	500 gr.	3 k. 200

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
55	D... Félicie primipare 20 ans	9 sept. 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Dos	Placenta inséré <i>sur le fond, la face pos- térieure et le bord gauche</i> de l'utérus; le bord inférieur du placenta arrive au niveau de l'anneau de Bandl.
56	N... Victoria primipare 22 ans	10 sept. 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté gau- che	Placenta inséré <i>sur la face postérieure</i> de l'utérus et <i>sur son bord gauche</i> ; le bord supérieur arrive sensiblement au fond de l'utérus, son bord inférieur n'atteint pas l'orifice externe du col; ce col est perçu sous forme d'un bourrelet épais faisant sail- lie dans la cavité vaginale.
57	M... Augustine multipare 23 ans	12 sept. 1898 acc. normal	O. I. G.A.	Côté droit	Placenta inséré <i>sur la face antérieure</i> de l'utérus et <i>sur son bord droit</i> ; le bord supérieur atteint le fond de l'organe, son bord inférieur dépasse l'orifice utérin; le col forme un bourrelet épais et long de 0 ^m 03 environ.
58	D... Alfréda multipare 34 ans	16 sept. 1898 acc. gémellaire prématuré à 7 mois	O.I.G.A. et O.I.D.P.	Se couche plus sou- vent à droite qu'à gau- che	Placenta unique inséré <i>sur toute la face postérieure</i> de l'utérus et empiétant beau- coup plus <i>sur le bord droit</i> que sur le bord gauche. Les 2 cordons sont insérés sensi- blement sur une même ligne horizontale et plus près du bord supérieur que de l'infé- rieur. Le bord supérieur du placenta touche le fond de l'utérus, le bord inférieur arrive à l'entrée de l'utérus; le col, qui n'a jamais été complètement dilaté, est perçu très net- tement.
59	H... Marie multipare 30 ans	21 sept. 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté gauche	Placenta inséré <i>sur le fond de l'utérus,</i> <i>sur sa paroi postérieure</i> et débordant un peu <i>sur le bord gauche</i> ; le bord inférieur est à 0 ^m 02 environ de l'orifice utérin.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta circulaire épais, de 0^m18 de diamètre. Le cordon s'insère plus près du bord inférieur que du supérieur et plus près du bord droit que du bord gauche; cordon grêle et long de 0^m56. La déchirure des membranes, perpendiculaire au bord, mesure 0^m19; le centre de cette déchirure est à 0^m13 du bord. Près du bord inférieur du placenta se remarquait un noyau hémorragique récent. (La parturiente était en travail à son arrivée dans le service; les jambes, les grandes lèvres, les paupières étaient œdématiées fortement; les urines, assez rares et colorées, contenaient beaucoup d'albumine, régime lacté après l'accouchement, pas d'accident.)	600 gr.	3 k.
Placenta de forme circulaire, de 0^m12 de diamètre. La déchirure, oblique par rapport au bord placentaire, mesure 0^m10; son milieu est distant de 0^m14 du bord.	300 gr.	2 k. 700
Placenta de forme ovulaire; son diamètre vertical mesure 0^m18, son diamètre transversal 0^m13; le cordon s'insère à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs.	700 gr.	3 k. 700
Placenta circulaire, étalé; les cordons sont insérés à une distance de 0^m08 l'un de l'autre.	500 gr.	1 k. 800 et 1 k. 200
Placenta cordiforme, de 0^m20 de long sur 0^m14 de large. Le cordon, long de 0^m70, s'insère à 0^m05 du bord supérieur du placenta.	600 gr.	2 k. 700

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
60	D... Julie multipare 26 ans	22 sept. 1898 acc. normal (ancienne métrite curettée).	O.I.G.A.	Se couche sur les deux côtés mais plus souvent à gauche qu'à droite	Placenta inséré sur toute la face postérieure de l'utérus et empiétant sur le bord gauche, sans toutefois déborder sur la face antérieure, le bord inférieur du placenta pendait un peu dans le vagin; délivrance artificielle par suite d'une hémorragie considérable, délivrance assez pénible à cause des adhérences très résistantes qui existaient vers le fond de l'utérus et particulièrement au niveau des trompes; le bord supérieur du placenta atteignait le fond de l'utérus.
61	L... Eugénie multipare 30 ans	1 ^{er} octobre 1898 forceps (bassin de 9 ^{cm} ½)	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur la face postérieure de l'utérus. La main, introduite dans le col, pénètre entre la paroi utérine et le placenta; elle est placée obliquement, le pouce correspondant à l'éminence iléo-pectinée gauche et le petit doigt à la symphyse sacro-iliaque droite; dans ces conditions le placenta est en rapport avec la face dorsale de la main et la paroi antérieure avec la paume, les bords latéraux du placenta correspondent aux bords de l'utérus; le bord droit est décollé en partie. Le bord supérieur arrive au fond de l'utérus, le bord inférieur est à 0 ^m 02 de l'orifice utérin.
62	G... Irma multipare 30 ans	6 octobre 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Dos et surtout côté gauche	Placenta inséré sur toute la face postérieure et empiétant sur le bord gauche. Son bord supérieur atteint le fond de l'utérus; son bord inférieur arrive à 0 ^m 02 ou 0 ^m 03 de l'orifice externe. Ce dernier, très peu apparent, forme un bourrelet circulaire flasque de un demi-centimètre de large. L'insertion du cordon est perçue au centre du placenta.
63	R... Jeanne primipare 18 ans	7 octobre 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Plus sou- vent sur le côté droit que sur le côté gauche	Placenta inséré sur toute la face postérieure; ses bords latéraux correspondent aux bords de l'utérus. Le bord supérieur du placenta remonte jusqu'au fond de l'utérus; son bord inférieur descend jusqu'à l'orifice externe; ce dernier forme un repli circulaire flasque long de 0 ^m 015 à 0 ^m 02. L'insertion du cordon est perçue sensiblement sur le diamètre vertical du placenta, mais bien plus du bord supérieur que du bord inférieur.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta de forme rectangulaire ; long de 0^m19 et large de 0^m14. Le cordon, très gros et long de 0^m72, est inséré sur le bord supérieur.	600 gr.	3 k. 700.
Placenta circulaire de 0^m16 de diamètre. Le cordon est inséré à l'union des 2/3 supérieurs avec le 1/3 inférieur.	600 gr.	3 k. 100
Placenta irrégulièrement circulaire, son plus grand diamètre mesure 0^m18; son plus petit 0^m14. La déchirure des membranes, perpendiculaire au bord, mesure 0^m22; le centre de cette déchirure est à 0^m14 du bord inférieur. Le cordon, grêle et long de 0^m55, est inséré au centre du placenta.	500 gr.	2 k. 800
Placenta cordiforme; la pointe du cœur formait le bord inférieur. Le diamètre vertical mesure 0^m18; le diamètre transversal maximum est 0^m17. La déchirure des membranes, parallèle au bord inférieur, est longue de 0^m20, et distante de 0^m13 de ce bord. Le cordon grêle, long de 0^m62, est inséré sur la ligne médiane à 0^m04 du bord supérieur.	500 gr.	3 k. 800

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSIT.ONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
64	F... Jeanne multipare 26 ans	7 octobre 1898 acc. normal	O.I.D.P.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> de l'utérus et sur <i>son bord droit</i> , dans la partie supérieure principalement. Le bord supérieur touche le fond de l'utérus et envahit même la région de la corne utérine droite; le bord inférieur arrive presque à l'orifice externe; le cordon est inséré plus près du bord inférieur que du supérieur.
65	G... Emilienne primipare 22 ans	8 octobre 1898 forceps	O.I.D.P.	Côté gauche	Placenta inséré sur les $\frac{2}{3}$ de <i>la face antérieure</i> et sur <i>le bord droit</i> de l'utérus; le bord supérieur s'insère <i>sur le fond</i> qui est aussi un peu recouvert par le placenta; le bord inférieur décollé en partie fait hernie à travers l'anneau de Bandl contracturé; l'orifice externe, très mince, fait un repli de $\frac{1}{2}$ centim. à peine dans le vagin, avec lequel il se continue pour ainsi dire à plein canal.
66	G... Emilienne primipare 20 ans	10 octobre 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> et surtout <i>le bord droit</i> de l'utérus; le bord supérieur touche le fond de l'utérus; le bord inférieur arrive au niveau de l'orifice externe.
67	B... Alfreda multipare 19 ans	15 octobre 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur toute <i>la face antérieure</i> de l'utérus et sur tout <i>le bord droit</i> ; le bord supérieur atteint le fond de l'utérus; le bord inférieur arrive à 1 ou 2 travers de doigt de l'orifice externe. Le cordon est inséré plus près du bord inférieur que du supérieur et plus près du bord gauche que du bord droit.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta cordiforme; son diamètre vertical mesure 0^m 17; le diamètre transversal maximum qui correspond au bord supérieur est 0^m 17; la pointe du cœur correspond au bord inférieur; le cordon, long de 0^m 45, est inséré à 0^m 04 du bord inférieur.	500 gr.	3 k. 500
Placenta cordiforme, présentant près d'un de ses bords un infarctus hémorragique récent, de la grosseur d'un œuf de poule et qui, à la coupe, laissa écouler en abondance un liquide lie de vin très foncé. Les membranes très friables se sont déchirées largement; on a dû même en retirer une partie après la délivrance. Cette femme, arrivée dans le service en travail, avait les paupières œdématiées, un léger œdème se décelait sur la face antérieure des tibia; elle nous dit avoir dans les jambes des crampes qui la réveillaient brusquement la nuit; polyurie; pas d'albumine dans les urines; régime lacté après l'accouchement. Pas d'accidents.	550 gr.	3 k. 100
Placenta ovulaire; son grand diamètre mesure 0^m 19; le plus petit 0^m 15. Les membranes, très friables, sont largement et irrégulièrement déchirées, la principale déchirure, perpendiculaire au bord inférieur du placenta, se continue jusqu'à ce dernier et l'intéresse même un peu, car le placenta est très mince en cet endroit. Le cordon, long de 0^m 44, s'insère à 0^m 06 du bord inférieur. Sur la face utérine du placenta, on remarque plusieurs infarctus blancs gros comme des noisettes, on ne trouve pas un seul noyau hémorragique récent. (La parturiente, qui n'a pas d'albumine dans les urines actuellement, nous dit avoir eu les jambes enflées vers le 6^e mois de sa grossesse; elle accuse aussi de la cryesthésie des jambes; des crampes dans les mollets; de la douleur à l'épigastre; pas d'accident).	520 gr.	3 k. 600
Placenta circulaire de 0^m 16 de diamètre; le cordon, grêle et long de 0^m 60, s'insère à l'union du 1/3 gauche avec les 2/3 droits, à 0^m 12 du bord supérieur et à 0^m 04 du bord inférieur. La déchirure des membranes, perpendiculaire au bord, mesure 0^m 15; son centre est à 0^m, 11 du bord inférieur.	500 gr.	3 k. 400

N ^{os}	NOMS	DATE et nature de l'accou- chement	POSITIONS	Décubitus ordinaire pendant le sommeil	INSERTION PLACENTAIRE
68	B... Blanche multipare 28 ans	15 octobre 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face postérieure</i> et le <i>bord droit</i> de l'utérus, il affleure à peine le bord gauche. Le bord supérieur recouvre en partie le fond, le bord inférieur arrive sensiblement au niveau d'un anneau de contraction siégeant à 0^m06 ou 0^m07 de l'orifice externe, le col mou et large ment béant est encore long de 0^m01 environ. Le cordon siège près du bord supérieur du placenta, dans la région du fond de l'utérus.
69	B... Marie primipare 21 ans	19 octobre 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté gauche	Placenta inséré sur <i>la face postérieure</i> et empiétant sur le <i>bord gauche</i> de l'utérus. Le bord supérieur touche le fond, le bord inférieur est à un travers de doigt de l'orifice externe. Le col est apparent; sa lèvre postérieure est plus longue que l'antérieure.
70	D... Marie primipare 20 ans	19 octobre 1898 acc. normal	O.I.G.A.	Côté droit	Placenta inséré sur <i>la face antérieure</i> de l'utérus et sur son <i>bord droit</i>. Le bord supérieur du placenta s'insère légèrement sur le fond de l'utérus, son bord inférieur arrive à l'orifice externe et le dépasse même un peu; l'orifice externe, très lâche présente des bords mous et longs d'un travers de doigt.

ASPECT DU PLACENTA APRÈS LA DÉLIVRANCE	POIDS du placenta	POIDS du fœtus
Placenta ovalaire; le diamètre vertical mesure 0^m18; le diamètre transversal maximum à 0^m17. Le cordon, long de 0^m55, est inséré sur la ligne médiane à 0^m06 du bord supérieur. La déchirure des membranes, parallèle au bord placentaire, est longue de 0^m24 et distante de 0^m12 du bord inférieur.	550 gr.	3 k. 600
Placenta circulaire de 0^m15 de diamètre. La déchirure des membranes, oblique par rapport au bord placentaire, est longue de 0^m17; son centre est à 0^m12 du bord inférieur. Le cordon, grêle et long de 0^m56, s'insère à 0^m02 du bord supéro-externe gauche.	500 gr.	3 k.
Placenta circulaire de 0^m20 de diamètre. La déchirure des membranes est parallèle au bord du placenta et distante de 0^m10 de ce bord. Le cordon, grêle et long de 0^m76, s'insère sur la ligne médiane, à l'union des 2/3 supérieurs avec le 1/3 inférieur. Ce cordon faisait un double circulaire autour du cou du fœtus.	700 gr.	3 k. 500

CHAPITRE IV.

Observations de quelques cas de dystocie

OBSERVATION I. — PRÉSENTATION DU SINCIPUT (1). — APPLICATION DE FORCEPS (*Intervention personnelle*).

Le 18 mars, à 8 heures du soir, entrant à la Maternité d'Amiens, dans le service de M. le Dr Fournier, une primipare de 30 ans, G... Catherine, souffrant déjà depuis 2 jours, et dont la poche des eaux s'était rompue depuis quelques heures.

Le lendemain, à la visite, je constatai que le col était dilaté de la grandeur d'une pièce de 2 fr. ; la présentation était le sommet engagé et fixé ; la suture sagittale occupait le diamètre oblique droit, et, au centre de l'excavation, on percevait la fontanelle antérieure ; la fontanelle postérieure était inaccessible ; les battements fœtaux sont perçus sur les côtés à droite et à gauche de la colonne vertébrale ; le palper, très difficile, me permit cependant de sentir dans l'intervalle des contractions la présence des petits membres du fœtus en avant à droite et à gauche ; nous étions donc bien en présence d'une O. I. G. P. avec tête non fléchie ou plus exactement en présence d'un sinciput en 2^e position, tel que le décrit Fritsch.

La pelvimétrie montre que les diamètres extérieurs du bassin sont rétrécis de 0^m 015 à 0^m 02 ; le promontoire n'est pas perçu ; le pariétal postérieur l'a déjà, en partie, franchi.

Dans l'après-midi, vers 3 heures, le travail n'avait pas avancé, malgré les douleurs continues de la parturiente ; la tête ne descendant plus et ne pressant plus sur le col n'activait pas la dilatation de ce dernier. L'auscultation me révèle que le fœtus souffre.

Pas plus que le matin, je ne pouvais songer à fléchir cette tête solidement fixée ; je résolus donc, en l'absence de M. le Dr Fournier,

(1) Cette observation est le développement de l'observation 1, qui figure dans le chapitre précédent, à la page 16.

de hâter la dilatation du col et de terminer l'accouchement par une application de forceps. J'appliquai l'écarteur de Tarnier, qui me donna une dilatation complète en moins de 3 heures.

Sur ces entrefaites, la tête, toujours aussi peu fléchie, avait exécuté un léger mouvement de rotation qui avait amené sensiblement la suture sagittale suivant le diamètre transverse du bassin, ce qui me permit de ne faire qu'une seule application de forceps. Je plaçai ce dernier suivant un diamètre oblique de la tête et suivant le diamètre oblique droit du bassin; je dus exercer de fortes tractions d'abord pour mobiliser et faire tourner cette tête qui se dégagait ensuite assez facilement après que la rotation interne eut été effectuée; pas de déchirure du périnée malgré l'étroitesse et la rigidité de la vulve.

Délivrance normale au bout de 10 minutes, suivie d'une hémorragie par inertie utérine, hémorragie combattue par l'introduction de la main dans l'utérus, puis par une injection intra-utérine d'eau bouillie très chaude.

Le fœtus, vivant, pesait 2 k. 900; les diamètres de sa tête étaient normaux à l'exception de l'occipito-frontal qui avait 0^m10 au lieu de 0^m12. Il me semble évident que l'on doit attribuer cette présentation vicieuse à la petitesse du diamètre occipito-frontal, qui a permis à la tête de s'engager non fléchie.

Les suites de couches furent normales et la mère et l'enfant sortirent du service, 9 jours après, en bonne santé.

OBSERVATION II. — M. I. G. T. AVEC PROCIDENCE DE LA MAIN GAUCHE (1). — VERSION PODALIQUE (M. le Dr Fournier)

Marie Th..., 22 ans, secondipare, est arrivée le 7 avril 1898 dans le service de la Maternité, à 3 heures 1/2 de l'après-midi, souffrant depuis minuit. En pratiquant le toucher vaginal, le doigt arrive sur le col, dont la dilatation est complète et perçoit une main et la face du fœtus. On distingue nettement les yeux, le front, les arcades sourcilières, le nez et la direction des narines, la bouche; le front est à droite, le menton à gauche: la direction est nettement transversale; diagnostic = M. I. G. T. La main procidente est la main gauche passant

(1) Cette observation est le développement de l'observation 5 qui figure dans les tableaux précédents, page 16.

en arrière et au-dessus de la tête pour descendre dans l'excavation. Il s'est déjà produit à ce moment l'écoulement d'une petite quantité de liquide amniotique, mais la tête est très mobile. Au bout d'une heure, les contractions redeviennent fréquentes et fortes, et à 5 heures, la tête est fortement engagée, enclavée même, la main descend dans le vagin. Les bruits du cœur sont très faibles.

M. Fournier fait chloroformer la parturiente et pratique une version. La tête, quoique fixée, laisse passer la main droite du côté gauche et cette main arrive sur la face ventrale du fœtus. Pendant ce temps, le cordon descend un peu en arrière de la tête et sa procidence détermine l'arrêt de ses battements. Le pied droit est saisi et ramené facilement derrière et au-dessous de la tête, puis confié à la main gauche. La main droite repousse la tête du côté droit pour faciliter l'évolution. Le pied est tiré, le dos tourné du côté droit et la tête extraite par la manœuvre de Mauriceau. La durée de la version a été de 4 à 5 minutes. L'enfant en état d'asphyxie pâle est mou et le cordon sectionné ne saigne pas. Néanmoins, les frictions à l'alcool et la respiration artificielle le ramènent à la vie. Cet enfant pèse seulement 2300 gr. Ses diamètres sont : OF = 11 ; OM, maximum = 12 ; SOB = 9, 5 ; TB = 9 ; BP = 8, 5. Il existe sur les deux temporaux des dépressions causées par le promontoire et la symphyse pubienne. Le promonto-pubien minimum de la mère mesure 9/2 1 : léger rétrécissement.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION III. — PRÉSENTATION DU DOS (1). — VERSION PODALIQUE (*Intervention personnelle*)

Emma L..., 34 ans, multipare, est entrée dans le service d'accouchements le 23 avril 1898 dans la soirée, éprouvant déjà les premières douleurs de l'enfantement. Cette femme a marché à un an, a eu la rougeole à 3 ans, la variole à 4 ans et a été réglée régulièrement à 17 ans; enceinte une 1^{re} fois à 19 ans, elle fut prise de crises d'éclampsie dans les 15 derniers jours de sa grossesse; l'enfant, qui se présentait par le sommet, mourut à 2 mois de méningite. A la suite d'une

(1) Cette observation est le développement de l'observation 15 des tableaux précédents, page 20.

2^e grossesse, à 21 ans, elle est accouchée à terme d'un garçon qui se présentait par *le siège* ; cet enfant vit et a aujourd'hui 13 ans ; bien que n'ayant pas suivi de régime particulier, cette femme ne fut pas prise de crise d'éclampsie avant ni après cet accouchement.

La 3^e grossesse, à 34 ans, a été normale ; cette femme arrive à terme dans le service.

Examen. — Taille ordinaire ; pas de traces de rachitisme, cependant la pelvimétrie externe donne les chiffres suivants : bis-iliaque 0^m,23 ; bis-épineux 0^m, 21, bi-trochantérien 0^m, 275 ; sacro-pubien 0^m, 175 ; par le toucher vaginal, j'arrive facilement sur le promontoire ; le promonto-sous-pubien mesure 0^m, 105 ; nous avons donc affaire à un bassin de 0^m 09. Etat général bon ; pas d'albumine dans les urines. Le 26, à la visite du matin, le palper abdominal est à peu près impossible, tant les contractions sont longues et répétées ; je sens cependant que l'excavation est vide et j'observe que l'utérus, très volumineux dans le sens transversal, est partagé en 2 moitiés inégales par un sillon vertical, accentué surtout dans sa partie supérieure ; la moitié droite de l'utérus est la partie la plus volumineuse ; le maximum des bruits du cœur s'entend dans la région et un peu au-dessus de la crête iliaque droite ; par le toucher vaginal, je trouve un col dilaté de la grandeur d'une pièce de 2 fr., avec une poche des eaux longue et volumineuse à travers laquelle il m'est impossible d'arriver sur la présentation fœtale qui est très haute ; je ne m'obstine pas dans cette recherche, de crainte de crever la poche des eaux avant la dilatation complète et je porte simplement le diagnostic de présentation du tronc, en recommandant à l'élève sage-femme de désinfecter suffisamment la femme, en vue de lui pratiquer une version par manœuvres internes.

A 3 heures du soir, je suis averti que la dilatation est complète ; la poche des eaux se rompt en ma présence sous l'influence d'une contraction plus énergique et pendant qu'on achevait les préparatifs de la version.

Le toucher aussitôt pratiqué me fit sentir encore très haut une crête située dans le diamètre transverse du bassin et formée par les apophyses épineuses de la colonne vertébrale ; assez haut, à gauche et en avant, je sentis un os plat irrégulier que je reconnus être l'os coxal ; le fœtus présentait au détroit supérieur la partie lombaire de son dos, son bassin, situé dans la fosse iliaque gauche, était pour ainsi dire replié sur son ventre ; du côté droit, on sentait bien le gril costal

mais il était impossible d'arriver sur une aisselle ou une omoplate ; le fœtus était pour ainsi dire dans la situation d'une S. I. D. dont le siège aurait glissé dans la fosse iliaque gauche.

Toutes les précautions antiseptiques étant prises et la femme placée en position obstétricale, je procédai immédiatement, en l'absence de M. Fournier, à la version. L'extraction fut assez pénible, car aussitôt après la sortie du pied antérieur, les contractions cessèrent complètement pendant quelques instants ; enfin je pus dégager le tronc, puis le bras postérieur, et ensuite l'antérieur relevés de chaque côté de la tête ; mais alors cette tête complètement défléchie se refuse à s'engager dans ce bassin rétréci ; j'exécute le plus rapidement possible la manœuvre de Champetier de Ribes, puis celle de Mauriceau et je ramène un fœtus en état d'asphyxie pâle qui fut ranimé après quelques minutes de respiration artificielle. Ce fœtus, un garçon, pesait 3 kilog. 200 ; voici les diamètres de sa tête : S.O.B. = 9^{cm}5 ; T.B = 9^{cm}5 ; O.F. = 12 ; Bi-P. = 9 ; Bi-T = 7 ; O.M. = 13. Délivrance normale 10 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 520 gr. Suites de couches normales. La mère et l'enfant quittèrent le service au bout de 10 jours, en bonne santé.

OBSERVATION IV. — PLACENTA PRÆVIA CENTRAL (1). — EN VILLE.
ACCOUCHEMENT FORCÉ (*D^r Fournier*).

Primipare de 23 ans, mariée depuis 3 ans, devient enceinte à la fin de l'année 1897 ; 2 mois avant le terme, elle se réveille dans la nuit, mouillée par un flot de sang. Elle s'en inquiète peu. 15 jours plus tard, nouvelle perte le matin pendant qu'elle est au lit. On m'affirme que cette perte a été assez abondante. Repos relatif et 8 jours plus tard, nouvel écoulement sanguin. Au cours du 7^e mois, ces 3 pertes se sont donc produites et dans la dernière huitaine de ce mois, elles se sont rapprochées ; la 4^e a été suivie de plusieurs autres presque immédiates. Un samedi, l'écoulement sanguin a persisté, léger et presque continu, pendant plusieurs heures. Le lendemain dimanche, j'intervenais. Depuis 5 jours j'avais mis auprès de la parturiente une sage-femme tout à fait habituée aux pratiques antiseptiques ; une injec-

(1) Cette observation est le développement de l'observation 26 des tableaux précédents, page 22.

tion de sublimé avait été donnée chaque matin, des savonnages et des lavages de la vulve faits soigneusement, la mauvaise odeur des caillots que j'avais constatée avait disparu. J'avais averti la famille du danger et de la nécessité de provoquer l'accouchement, si les pertes continuaient, parce que la malade allait promptement s'épuiser.

Le dimanche matin, à 9 heures, une petite hémorragie s'étant déclarée, des douleurs étant survenues dans les reins et un peu dans le ventre, l'état général était bon néanmoins et le poulx à 80, la vulve fut savonnée, rasée, désinfectée de nouveau, une nouvelle injection de sublimé donnée, et le col étant entr'ouvert comme une pièce de 0 fr. 30, j'y introduis le doigt, puis un petit ballon de Barnes, en me servant d'une valve et d'une pince de Museux. A ce moment, la présentation était O.I.G.A; les bruits du cœur, du fœtus étaient rapides, mais forts, la tête fœtale un peu engagée, mais très mobile et nettement séparée du doigt par un coussin siégeant sur le segment inférieur de l'utérus, plus épais à droite qu'à gauche. Le placenta paraissait donc inséré sur tout ce segment inférieur, mais davantage à droite; c'était un placenta central. Le ballon de Barnes tombe au bout d'une heure; la sage-femme applique un ballon de Champetier dans le vagin, où il reste 5 heures. A 5 heures de l'après-midi, la dilatation était comme 2 fr.; je place pendant une heure le dilateur de Tarnier et l'orifice du col devient comme 5 fr.; la malade, qui n'avait pas saigné beaucoup depuis le matin, perd beaucoup de sang pendant cette application; je retire l'écarteur et je place le ballon de Champetier dans le col; à 6 heures 1/2, la dilatation était à peu près complète; en retirant le Champetier, de gros caillots tombent du vagin. Je décide la version immédiate.

Le chloroforme étant administré, j'introduis la main dans une vulve et un vagin tellement étroits que mon avant-bras les déchire, puis dans le col où je trouve un cotylédon détaché du placenta. Avec une longue pince guidée sur mes doigts, je crève le placenta au centre et, sans laisser s'écouler beaucoup de liquide amniotique, je pousse à la recherche d'un pied. Mes doigts s'accrochent dans le cordon dont je ne sens plus les battements; je descends le pied droit dans le vagin et je fais évoluer facilement l'enfant que j'extraits à la vulve par la manœuvre de Mauriceau. Son cordon ne bat plus, la vulve étroite se déchire vers l'anus. L'enfant de 8 mois, en état d'asphyxie pâle, d'une pâleur d'exsangue, a encore des battements cardiaques; mais malgré la respiration artificielle, les tractions de la

langue, les frictions, il ne respire pas une seule fois. Le placenta est extrait au bout de 5 minutes, une injection intra-utérine à la teinture d'iode est donnée ; le périnée est suturé. Les suites de couches sont normales : une injection phéniquée est donnée tous les jours. L'accouchée est très pâle, son pouls a atteint 100 après l'accouchement et se maintient dans les jours qui suivent entre 90 et 80, ce qui montre bien que l'intervention pratiquée ne devait pas trop tarder. Le placenta, de forme ovale, pèse 400 gr. ; ses diamètres sont de 0 m. 21 dans un sens et 0 m. 16 dans l'autre ; le cordon est inséré plus près de la grosse extrémité à 0 m. 08 du bord. Entre l'attache du cordon et la petite extrémité, il y a 0 m. 12 ; sur ces 0 m. 12, 0 m. 10 sont occupés par la déchirure produite par le passage de la main et de l'enfant ; le point de départ de cette déchirure, situé à 0 m. 02 de l'insertion du cordon, correspond au centre de figure du placenta. A noter que le placenta était inséré sur tout le segment inférieur de l'utérus, que les 2/3 de sa masse occupaient la partie droite et postérieure de ce segment et le 1/3 occupait la partie gauche et la partie antérieure ; il faut en effet tenir compte de ce que la partie gauche est mince et oblongue, la partie droite, épaisse et ramassée. Le cotylédon détaché provenait de la région centrale du placenta, qui a été déchiré par une pince, pour le passage des doigts et de la main.

OBSERVATION V. — BASSIN RACHITIQUE DE 0^m07 (1). —
SYMPHYSÉOTOMIE (*D^r Fournier*).

C... Julia, dont les antécédents héréditaires et collatéraux sont nuls, n'a marché qu'à 4 ans, a eu la rougeole à 5 ans et n'a été réglée très irrégulièrement qu'à 17 ans.

Enceinte une 1^{re} fois à 18 ans, elle subit à terme une symphyséotomie qui ne permit que l'extraction d'un enfant asphyxié et qui ne put être ranimé ; la plaie opératoire suppura un peu, nous dit-elle.

Quatre ans après, elle redevient enceinte et sur la fin de sa grossesse vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour se faire examiner ; elle ne peut préciser la date de ses dernières règles, car elle ne perd ordinairement de sang que tous les 2 ou 3 mois, nous dit-elle.

Examen. — Taille 1 m. 40 ; tibias déformés dont les crêtes décri-

(1) Cette observation est le développement de l'observation 47 des tableaux précédents, page 30.

vent un S italique très accentué; cuisses en gigot; dans la station verticale, la vulve regarde directement en bas; lordose assez accentuée; la poignée du sternum fait un peu saillie en avant, les os de l'avant-bras présentent une courbure à convexité postérieure, car la malade s'est longtemps traînée à quatre pattes avant de pouvoir marcher seule; léger prognathisme du maxillaire inférieur.

Le bassin est en antéverson; voici ses diamètres extérieurs : bis-épineux 0 m. 25; bis-iliaque 0 m. 27; bi-trochantérien 0 m. 33; sacro-pubien 0 m. 17; bis-ischiatique 0 m. 09.

Le promonto-sous-pubien mesure 0 m. 085, c'est donc un bassin de 0 m. 07.

A l'inspection on voit que l'utérus remonte aussi haut que dans une grossesse à terme. Le palper montre que le fœtus se présente en O. I. D.; la tête n'a nulle tendance à s'engager; le toucher vaginal fait percevoir un col ramolli, dilacéré profondément en 3 ou 4 endroits par le précédent accouchement; il est encore long de 0 m. 02 et il est très facilement perméable à l'index.

La parturiente entre alors dans le service le 5 août 1898; elle commença à éprouver les premières douleurs le 9 août et le 10 à 4 heures du soir la dilatation du col était complète et la tête fœtale ballotait toujours aussi facilement au détroit supérieur. M. le Dr Fournier pratique alors une symphyséotomie qui donne un écartement des pubis d'environ 0 m. 05; malgré cela la tête s'engage peu et malheureusement il y a procidence du cordon sur lequel on ne perçoit plus que des battements rares et faibles; une application de forceps ramène un fœtus en asphyxie pâle qui ne put être rappelé à la vie, malgré des soins énergiques et prolongés. Ce fœtus pesait 3 kil. 400. Voici les diamètres de sa tête S. O. B = 9 cm; T. B. = 9 1/2; Bi-P. = 8, 1/2; Bi-T = 7, 1/2; O. F. = 11 cm.; S. O. M. = 11 cm. 1/2.

Délivrance normale; le placenta pesait 450 gr.

La section du col épais de 0m05 qui remplaçait la symphyse depuis la précédente intervention a été très pénible; la malade a perdu beaucoup de sang par sa plaie opératoire tant que le fœtus n'a pas été extrait, car la tête fœtale comprimait fortement au-dessus des pubis le plexus veineux de Santorini et exagérait l'hémorragie en nappe qui s'arrêta d'elle-même aussitôt après la sortie du fœtus.

La malade très anémiée sortit guérie du service 3 semaines après son accouchement. On lui fit à 2 reprises des injections sous-cutanées de sérum artificiel; on lui administra des toniques à l'intérieur, etc.

OBSERVATION VI. — PLACENTA PRÆVIA CENTRAL. — ACCOUCHEMENT MÉTHODIQUEMENT RAPIDE PRATiqué SUIVANT LE PROCÉDÉ DE M. BONNAIRE (*Intervention personnelle*) (1).

La nommée P... Marie est entrée le 20 août 1898 dans le service de clinique obstétricale de M. le Dr Fournier.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Elle a marché à 11 mois et a été réglée normalement à 13 ans.

Sa 1^{re} grossesse, à 16 ans, fut terminée par un avortement à 4 mois.

Enceinte une 2^e fois à 17 ans, elle accoucha prématurément à 8 mois, à la suite, dit-elle, d'une chute en bas d'un trottoir; l'enfant était mort.

Sa 3^e grossesse, à 18 ans, se termina par un accouchement normal à terme, l'enfant mourut 15 jours après.

Elle accoucha une quatrième fois à terme, à 20 ans, l'enfant mourut au bout de 4 jours.

A 23 ans : 5^e grossesse terminée par un accouchement normal à terme d'un enfant bien portant, qui vit encore et a aujourd'hui 6 ans ; cette femme nous raconte qu'elle a perdu du sang pendant les 5 jours qui ont précédé ce dernier accouchement.

A 29 ans : 6^e grossesse (actuelle) ; cette femme nous dit avoir eu ses dernières règles dans les premiers jours de décembre 1897 ; à l'inspection elle paraît à terme ou bien près du terme ; par la palpation nous constatons que le fond de l'utérus, un peu porté à droite, s'élève jusqu'au creux épigastrique et sous le rebord des fausses côtes ; la présentation est le sommet non engagé et la position une O.I.G.A. ; par le toucher vaginal on arrive sur un col long encore de 0^m02 environ et dont l'orifice interne admet facilement la pulpe de l'index. Le doigt perçoit alors une masse de consistance toute particulière recouvrant l'orifice interne, cette masse n'est pas formée par des caillots qui s'écraseraient sous la pression du doigt, c'est bien du tissu placentaire.

Le bassin de cette femme est normal ; pas d'albumine dans les urines. Par l'interrogatoire et par l'examen, nous ne parvenons pas à trouver la cause de ces avortements et de cette polyléthalité fœtale considérable.

(1) Cette observation est le développement de l'observation 52 des tableaux précédents, page 34.

Cette 6^e grossesse évolua normalement jusqu'à la fin du 7^e mois, mais alors se déclara une hémorragie qui dura toute une journée. 8 jours après, nouvelle perte de sang qui s'arrêta au bout d'une journée comme la 1^{re}; 8 jours après encore, nouvelle hémorragie plus abondante que la précédente et qui effraya l'entourage.

On fit appeler une sage-femme qui, après examen, réclama l'assistance d'un médecin; ce docteur porta le diagnostic de placenta prævia et conseilla à la malade d'entrer à l'hôpital.

La parturiente n'eut pas d'hémorragies le 1^{er} jour qui suivit son entrée dans le service, mais le lendemain et le surlendemain se déclarèrent 2 pertes de sang assez inquiétantes; de plus la température monta à 38° le 23 août.

Craignant l'infection et une hémorragie plus grave, je me décidai (en l'absence du chef de service) à intervenir le 23 août 1898 à 4 heures du soir; depuis 3 jours la malade était soumise à une désinfection sérieuse.

Après chloroformisation et nouvelle désinfection je procédai à la dilatation manuelle du col par la méthode de M. le Dr Bonnaire; comme il n'y avait pas d'engagement et que le col se trouvait assez haut situé, je dus faire abaisser le fond de l'utérus par un aide.

En moins de 20 minutes, le col, dont l'orifice interne était à peine dilaté de la grandeur d'une pièce de 1 fr., passa à la dilatation à peu près complète; même alors les doigts ne sentaient encore partout que le tissu placentaire. Il est à remarquer que la malade ne perdit au cours de cette dilatation qu'une quantité de sang tout à fait insignifiante.

De la main gauche, je décolle le placenta du côté où se trouvent les pieds du fœtus, c'est-à-dire à droite et en arrière, je romps les membranes près du bord placentaire et je saisis le pied droit; évolution et extraction assez pénibles; abaissement alternatif des 2 bras relevés contre la tête et manœuvre de Mauriceau.

Le fœtus, en état d'asphyxie bleue, respira vite, après quelques légères flagellations faites avec la main; il pèse 3 k. 200 et paraît à terme: les diamètres de sa tête sont normaux; aux pieds les ongles n'affleurent pas la pulpe des orteils. Une hémorragie se déclara aussitôt l'expulsion; introduction de la main qui constata que le placenta, flottant en partie dans le vagin, était adhérent au segment inférieur et antérieur de l'utérus, qu'il remontait sur la face antérieure et le bord droit de l'organe et que son bord supérieur était

situé à 0^m08 ou 0^m09 du fond. Délivrance, puis injection intra-utérine à l'eau stérilisée très chaude, suivie bientôt d'une injection sous-cutanée d'ergotine.

Le placenta, très étalé, mince, est irrégulièrement circulaire et très vasculaire; il pèse 600 gr., son plus grand diamètre mesure 0^m 32, le plus petit 0^m 29.

Les membranes, épaisses, très résistantes, contiennent, disséminées dans leur surface à l'entour du placenta, un certain nombre de cotylédons variant de la grosseur d'une petite noix à celle d'une lentille aplatie. Le fond de l'utérus reste dur et malgré tout un suintement sanguin bien prononcé se montre à la vulve pendant les 15 ou 20 minutes qui suivent la délivrance; c'est le segment inférieur qui saigne.

Deux heures après l'accouchement, la parturiente eut une hémorragie considérable par inertie utérine qui nécessita l'entrée de la main dans l'utérus; nouvelle injection intra-utérine et injections sous-cutanées d'ergotine et de caféine.

Quatre heures après l'accouchement, nouvelle hémorragie violente arrêtée par l'introduction de la main imparfaitement désinfectée, mais trempée cependant à la hâte dans le sublimé; nouveau lavage utérin et nouvelles injections d'ergotine après que la main eut débarrassé soigneusement la cavité utérine de tous les caillots qui s'y trouvaient contenus.

Après cette dernière hémorragie, la malade, exsangue et prise de nausées, de vomissements, présentait un pouls misérable, filiforme. Je lui fais injecter immédiatement 1500 gr. de sérum artificiel dans le tissu cellulaire; on la place la tête basse; on lui met des boules d'eau chaude autour du corps et toute la nuit on lui donne des boissons alcooliques à haute dose.

Le lendemain matin, la malade était en pleine réaction: sueurs abondantes, diurèse, diarrhée, pouls fort et à 90; température 37° 9.

L'après-midi, nouvelle injection sous-cutanée de 1500 gr. de sérum; le soir la température était à 37° 9; le surlendemain petits lavements d'eau salée toutes les 3 heures; toniques à l'intérieur; le pouls se maintient; mais la température du soir s'élève à 38° 3: injection intra-utérine d'eau bouillie (2 litres); à partir de ce moment la température se maintint constamment à 37° 5, 37° 6.

Cette femme quitta le service en bonne santé le 3 septembre 1898, c'est-à-dire 14 jours après son accouchement.

CHAPITRE V

Tableau comparatif du Siège du placenta, du Décubitus de la mère et de la Position du fœtus.

Nos	SIÈGE DU PLACENTA	DÉCUBITUS	POSITION	Nos	SIÈGE DU PLACENTA	DÉCUBITUS	POSITION
1	Face ant. bord droit et face post.	dos	O.I.G.P.	37	Face post. et bord gauche.	Côté gauche	O.I.G.A.
2	— post.	?	O.I.D.P.	38	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.
3	— ant. et bord droit.	côté droit	O.I.D.P.	39	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.D.P.
4	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.	40	— ant. bord droit et face post.	droit plus que dos.	O.I.D.P.
5	— post. et bord gauche.	dos	M.I.G.T.	41	— post. et bord gauche.	côté gauche	O.I.G.A.
6	— ant. et bord droit.	droit plus que gauche.	O.I.G.A.	42	— ant. et bord droit.	droit ou gauche.	O.I.G.A.
7	— ant.	côté gauche	O.I.G.A.	43	— post. et bord gauche.	côté droit	O.I.D.P.
8	— post.	— gauche	O.I.G.A.	44	— ant., bord droit et fond.	droit et gauche	O.I.G.A.
9	— ant. et bord droit.	— gauche	O.I.G.A.	45	— post., bord droit, face ant. et fond.	droit plus que gauche.	O.I.D.P.
10	— post. et bord gauche.	— gauche	O.I.D.P.	46	— ant. et bord droit.	droit et gauche	O.I.G.A.
11	— post. et bord droit.	dos	O.I.G.A.	47	— ant. et bord droit.	côté droit	O.I.D.
12	— ant. et bord droit.	côté droit	O.I.G.A.	48	— ant. et bord droit.	— gauche	O.I.G.A.
13	— ant., bord droit et face post.	— droit	O.I.G.A.	49	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.
14	— ant., bord droit et face post.	droit et gauche	O.I.G.A.	50	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.
15	— ant. et bord gauche.	côté droit	O.I.G.A.	51	— post., bord gauche et fond.	— gauche	O.I.G.A.
16	— ant. bord droit et fond	— droit	O.I.G.A.	52	Segment inf., face ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.
17	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.	53	Face ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.
18	— post. et bord gauche.	— droit	O.I.G.A.	54	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.
19	— ant. et fond.	— droit	O.I.G.A.	55	— post., bord gauche et fond.	dos	O.I.G.A.
20	— post. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.	56	— post. et bord gauche.	côté gauche	O.I.G.A.
21	— ant.	dos	O.I.G.A.	57	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.
22	— ant. et bord droit.	côté droit	O.I.G.A.	58	— post. et bord droit.	plus droit que gauche.	O.I.G.A.
23	— post. et bord droit.	dos et côté droit.	O.I.G.A.	59	— post., bord gauche et fond.	côté gauche	O.I.D.P.
24	— ant. et bord droit.	côté droit	S.I.D.P.	60	— post. et bord gauche.	gauche plus que droit.	O.I.G.A.
25	— post. et bord droit.	— droit	O.I.D.P.	61	— post.	côté droit	O.I.G.A.
26	Segment inf. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.	62	— post. et bord gauche.	côté gauche	O.I.D.P.
27	Face ant.	dos	O.I.G.A.	63	— post.	droit plus que gauche.	O.I.D.P.
28	— ant. et bord droit.	côté droit	O.I.G.A.	64	— ant. et bord droit.	côté droit	O.I.D.P.
29	— post. et bord gauche.	— gauche	O.I.D.P.	65	— ant. et bord droit.	côté gauche	O.I.D.P.
30	— post. et bord gauche.	dos et côté droit.	O.I.G.A.	66	— ant. et bord droit.	côté droit	O.I.G.A.
31	— ant. et bord droit.	côté droit	M.I.G.A.	67	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.
32	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.	68	— post. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.
33	— post. bord droit et face ant.	dos	O.I.D.P.	69	— post., bord gauche et fond.	— gauche	O.I.G.A.
34	— ant. et bord droit.	dos	O.I.G.A.	70	— ant. et bord droit.	— droit	O.I.G.A.
35	— ant. et bord droit.	droit plus que gauche.	O.I.D.P.				
36	— post., bord gauche et fond.	côté gauche	O.I.G.A.				

CHAPITRE VI

Statistique de l'insertion

1° SIÈGE DU PLACENTA. — De l'étude de ces observations, il ressort que, sur 70 cas, le placenta était inséré 38 fois sur la face antérieure de l'utérus et 26 fois sur la face postérieure; ces cas se décomposent ainsi :

38 fois sur la face antérieure	{	face antérieure et bord droit..	31 fois
		face ant. bord droit et segm. inf.	2 —
		face antérieure.....	4 —
		face antérieure et bord gauche.	1 —
26 fois sur la face postérieure	{	face postér. et bord gauche...	16 fois
		face post. et bord droit.....	6 —
		face postérieure.....	4 —

Dans un cas, le centre du placenta correspondait sensiblement au bord droit de l'utérus et dans 5 autres cas le placenta inséré en majeure partie soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure, passait d'une face à l'autre, en recouvrant complètement le bord droit de l'utérus.

Dans aucun cas, nous n'avons trouvé le placenta inséré directement sur le bord gauche de l'utérus.

Dans aucun cas également, nous ne l'avons trouvé inséré directement dans le fond de l'utérus; 9 fois seulement sur 70, une petite portion du placenta prenait son insertion

sur cette partie de la cavité utérine. Deux fois, le placenta s'insérait sur le segment inférieur (1).

Bord supérieur. — Dans 50 cas, le bord supérieur du placenta touche le fond de l'utérus; 7 fois, il est distant de ce dernier de 0^m02 à 0^m06; 2 fois il en est plus éloigné encore, car il y a placenta prævia; 9 fois le bord supérieur recouvre en partie le fond de l'utérus et enfin dans 2 cas rien n'est signalé à ce sujet (Obs. 31 et 42).

Bord inférieur. — La limite du bord inférieur est plus difficile à préciser; le toucher intra-utérin aussitôt après l'expulsion du fœtus ne donne aucune indication rigoureuse à ce sujet; presque toujours ce bord inférieur fait plus ou moins hernie à travers l'anneau de Bandl contracté.

Cependant, si nous nous en rapportons à la déchirure des membranes, nous constatons que le bord inférieur du placenta est distant de 0^m11 en moyenne de l'orifice interne de l'utérus.

D'ailleurs, pour les cas dans lesquels le bord supérieur du placenta touche exactement le fond de l'utérus, nous pouvons contrôler facilement cette limite du bord inférieur. Pour cela nous admettons avec les classiques que la hauteur de la cavité utérine à la fin du 9^e mois mesure 0^m28 en moyenne, depuis le fond jusqu'à l'orifice interne; or, si de ce chiffre nous retranchons le diamètre vertical du placenta, la différence représentera la distance qui sépare le bord inférieur de l'orifice interne. — Ainsi, par exemple, dans les cas d'un placenta mesurant 0^m18 de diamètre vertical et dont le bord supérieur touche le fond

(1) Un de ces cas a été observé en ville et l'autre à la Maternité, où depuis dix-huit mois on n'avait pas vu de vrai placenta prævia avec accidents.

de l'utérus, nous pouvons dire que son bord inférieur est à 0^m10 de l'orifice interne.

Les résultats obtenus par ce moyen correspondent à 0^m01 près avec les chiffres recueillis par la mensuration des membranes et pour la distance moyenne séparant le bord inférieur du placenta de l'orifice interne, nous retrouvons encore 0^m11.

Lorsque le bord supérieur du placenta n'arrive pas jusqu'au fond de l'utérus, nous trouvons, en exceptant les deux cas de placentas prævias, que son bord inférieur est à 0^m07 en moyenne de l'orifice interne.

Ces chiffres concordent sensiblement avec ceux donnés par la plupart des auteurs et avec ceux fournis par Ahlfeld dernièrement. Seulement nous avons trouvé que le placenta s'insère plus souvent sur la face antérieure (38 fois) que sur la face postérieure (26 fois), tandis que jusqu'ici l'insertion postérieure est regardée comme la plus fréquente, comme l'insertion physiologique en quelque sorte. Ahlfeld, dans ses dernières recherches, a trouvé que, lorsque le placenta est inséré sur la paroi postérieure, il est en général un peu plus volumineux et plus pesant que dans le cas contraire, qu'en somme son développement se fait mieux; or, nous trouvons au contraire, de notre côté, que le poids moyen des placentas insérés sur la paroi postérieure est de 532 gr., tandis que le poids moyen des placentas insérés sur la face antérieure est de 550 gr.

En somme, nous pouvons conclure de cette étude que le placenta siège généralement sur une des faces de l'utérus et qu'il occupe toute la hauteur de cette face depuis le fond de l'utérus jusqu'à l'anneau de Bandl, limite supérieure du segment inférieur.

2° RAPPORT DU PLACENTA AVEC LA POSITION DU FŒTUS.

— Nous avons ensuite cherché s'il n'existait pas un rapport entre l'insertion placentaire et la position fœtale.

En considérant que l'utérus gravide subit un mouvement de rotation autour de son axe vertical de telle sorte que sa face antérieure regarde en avant et à droite, tandis que sa face postérieure regarde en arrière et à gauche, ou autrement dit que son diamètre antéro-postérieur se trouve dans un plan vertical mené suivant le diamètre oblique droit du bassin, nous avons été amené à conclure que, dans la très grande majorité des cas, le placenta, s'insérant sur l'une ou l'autre face de l'utérus, siège en réalité à l'une ou l'autre des extrémités d'un diamètre se trouvant sensiblement dans un plan vertical mené suivant le diamètre oblique droit du bassin.

D'autre part, en considérant la très grande fréquence des positions G. A. et D. P., c'est-à-dire celles qui s'orientent suivant le diamètre oblique gauche du bassin, nous nous sommes demandé si, en réalité, ces positions n'étaient pas subordonnées, dans une certaine mesure, à la présence du placenta sur l'une ou l'autre face utérine et si le fœtus ne s'accommodait pas à la fin de la grossesse de façon à se mettre en rapport par un de ses plans latéraux avec la face fœtale du placenta. En supposant cette loi exacte, on ne devrait voir de positions G. P. et D. A. que lorsque le milieu du placenta s'insère sur le bord droit ou sur le bord gauche de l'utérus; or, comme nous savons, par les recherches des auteurs et par les nôtres, que ces cas sont excessivement peu fréquents, nous aurions là une nouvelle explication de la rareté de ces positions.

De l'étude de nos observations il résulte que, 62 fois sur 68, le fœtus présentait un de ses plans latéraux parallèlement à la surface d'insertion du placenta ; nous regardons comme nulles dans le cas qui nous occupe actuellement les deux observations où il y avait placenta prævia cliniquement central bien qu'à la rigueur on puisse dire que les fœtus, tous deux en G. A., présentaient leur plan latéral droit aux placentas, lesquels tous deux remontaient également sur la face antérieure et le bord droit de l'utérus.

Sur ces 62 cas, 34 fois le fœtus était en rapport avec le placenta par son plan latéral droit et 26 fois par son plan latéral gauche ; dans un cas de grossesse gémellaire, les fœtus en O. I. G. A. et O. I. D. P. présentaient vers la face fœtale du placenta unique, l'un son plan latéral gauche, l'autre son plan latéral droit.

Enfin nous remarquons que, dans l'observation I, où nous avons trouvé le centre du placenta inséré sur le bord droit de l'utérus, la présentation fœtale était bien orientée suivant le diamètre oblique droit du bassin puisque nous avons eu affaire à une O. I. G. P., ou plutôt à un sinciput ; le fœtus touchait le placenta par son plan latéral gauche.

Il nous reste 6 cas sur 68 dans lesquels nos recherches ne sont pas concluantes ; dans les observations 5, 13, 14, 33, 40, 45, l'ovoïde fœtal était en rapport avec la surface du placenta plutôt par son plan antérieur ou par son plan postérieur que par un de ses plans latéraux.

Cependant ces 6 observations ne sont pas absolument contradictoires pour l'hypothèse que nous émettons.

Ainsi, dans l'observation 5, la présentation était une

M. I. G. T. et le placenta inséré sur la face postérieure atteignait le bord gauche de l'utérus; le fœtus était donc en rapport avec le placenta en partie par son plan latéral droit et surtout par son plan antérieur; mais le bassin était aplati (9 centimètres $1/2$), l'engagement devait forcément se faire suivant le diamètre transverse, nous pouvons raisonnablement penser que la situation du placenta qui, comme nous le croyons, est une des causes qui régissent les positions dans un bassin normal, a eu dans le cas présent son action annihilée par l'angustie pelvienne.

Il est bien probable que si ce bassin n'eût pas été vicié, l'engagement se serait fait en M. I. G. A., ou plutôt en O. I. D. P., ce qui eût été favorable à notre opinion.

Dans les observations 13, 14, 33, 40 et 45, le placenta, inséré en majeure partie sur une de ses faces de l'utérus, déborde un peu sur l'autre face, en recouvrant complètement le bord droit; en vertu de notre théorie et avec des placentas insérés toutefois autant sur la face antérieure que sur la face postérieure, nous aurions dû trouver des positions orientées suivant le diamètre oblique droit, c'est-à-dire, des G. P. ou des D. A., et cependant nous avons observé en réalité des G. A. et des D. P.; malgré cela, nous ne voyons pas là une preuve de flagrante contradiction: l'influence de la situation du placenta tendant à favoriser plutôt des G. P. ou des D. A. a pu être contrebalancée victorieusement par une autre cause prédominante, susceptible de déterminer des positions G. A. ou D. P. comme l'inclinaison latérale de l'utérus à droite, par exemple, et aussi cette tendance, que nous constaterons plus tard pour le placenta, de se porter ordinairement à droite. D'ailleurs, dans les cas où le placenta s'insère

exactement sur un des bords de l'utérus, les diamètres transverse et antéro-postérieur de l'utérus sont sensiblement égaux : la loi de l'accommodation ne peut donc guère s'exercer et on comprend alors qu'on puisse observer indifféremment les 4 positions. Il nous est donc permis de dire que nos recherches cliniques justifient notre opinion et que, dans l'immense majorité des cas, vers la fin de la grossesse ou au début du travail, le fœtus s'oriente dans la cavité utérine, de façon à présenter un de ses plans latéraux parallèlement à la surface d'insertion du placenta.

Il nous reste maintenant à rechercher à quelle influence obéit le fœtus en cette occasion : nous pensons que c'est à la loi de l'accommodation. En effet, en nous reportant aux classiques, nous trouvons que Cazeaux admet qu'à la fin du 9^e mois le diamètre transverse de l'utérus mesure 0^m24 en moyenne, tandis que son diamètre antéro-postérieur n'a que 0^m22 à 0^m235. Arthur Farre accorde 0^m227 au diamètre transverse à la fin du 9^e mois. Scanzoni admet ce chiffre et évalue à 0^m209 le diamètre antéro-postérieur : on voit que ces auteurs sont d'accord à reconnaître une plus grande longueur au diamètre transverse qui mesurerait environ 0^m02 de plus que l'antéro-postérieur. D'autre part, le placenta, s'insérant presque toujours sur la face antérieure ou sur la face postérieure, diminue encore le diamètre antéro-postérieur de 0^m02 environ, car il est épais de 0^m015 à 0^m03 en moyenne ; on voit que dans la majorité des cas le diamètre transverse de l'utérus l'emporte de 0^m04 sur le diamètre antéro-postérieur. Pour obéir à la loi de l'accommodation, le fœtus fléchi devra se mettre en rapport par ses plus grands diamètres avec le diamètre transversal : or chez un fœtus

pelotonné de 3 k., les diamètres antéro-postérieurs du tronc l'emportent sur les transverses. En effet, le sterno-dorsal augmenté des bras mesure 0^m125, le pubio-sacré augmenté des cuisses et des jambes repliées au maximum mesure 0^m11 en moyenne et le plus grand diamètre antéro-postérieur de l'ovoïde fœtal, pris en son milieu et perpendiculairement à son axe, a une longueur de 0^m15 en moyenne. Les diamètres transverses du tronc sont : le bis-acromial 0^m12, le bis-iliaque 0^m08, le bi-trochantérien 0^m09, tous respectivement plus petits que les diamètres antéro-postérieurs correspondants. L'ovoïde fœtal à la fin de la grossesse ou au début du travail adaptera ses formes à celles de la cavité utérine, c'est-à-dire qu'il présentera ses diamètres transversaux plus petits, suivant le diamètre antéro-postérieur de l'utérus et alors ses diamètres antéro-postérieurs occupant le diamètre transversal de l'utérus s'engageront suivant le diamètre oblique gauche du bassin.

Nous dirons donc qu'avec l'inclinaison latérale de l'utérus à droite, sa torsion sur son axe vertical, l'insertion du placenta sur une des faces utérines est une des grandes causes favorisant les positions G.A et D.P.

3° RAPPORT DE LA SITUATION DU PLACENTA AVEC LE DÉCUBITUS. — Nous avons demandé à 69 de nos parturientes quelle était leur position habituelle pendant le sommeil, afin de voir s'il n'existait pas une relation entre cette position et la situation du placenta dans l'utérus.

La plupart se couchaient de préférence sur le côté droit, quelques-unes se couchaient indifféremment sur l'un ou l'autre côté, d'autres sur le côté gauche, et enfin quelques-unes se couchaient exclusivement sur le dos.

En supposant que l'ovule fécondé, libre d'abord de toute adhérence à la muqueuse des voies génitales, finit par s'y greffer environ vers le 12^e jour, à la faveur d'un repos prolongé, comme le séjour au lit, par exemple, nous devrions trouver le placenta inséré dans l'endroit qui se trouve le plus déclive par suite du décubitus ordinaire de la parturiente pendant son sommeil.

Ainsi dans le cas d'une femme qui se couche toujours sur le dos le placenta devrait siéger sur la face postérieure; dans le cas d'une autre se couchant sur le côté droit, le placenta devrait occuper le bord droit de l'utérus et sa face antérieure, car dans cette position le ventre touche presque toujours complètement le plan du lit; chez une parturiente se couchant sur le côté gauche le placenta devrait se trouver sur la face postérieure et le bord gauche, puisque la face postérieure de l'utérus regarde en arrière et à gauche; dans le cas d'une femme dormant indifféremment dans n'importe quelle situation, il est difficile de préjuger quoi que ce soit.

Voyons ce que nous donne l'examen de nos observations :

39 femmes sur 69 se couchaient de préférence sur le côté droit; chez 30 d'entre elles (3, 4, 6, 12, 13, 16, 17, 19, 22, 24, 26, 28, 31, 32, 35, 38, 39, 40, 45, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 57, 64, 66, 67, 69), le placenta était inséré sur la face antérieure de l'utérus et atteignait le bord droit; chez 2, il siégeait sur la face postérieure et le bord gauche (18, 43); chez 2 autres, sur la face postérieure (61 et 63); chez une (15), il occupait la face antérieure et le bord gauche, et enfin chez 4 (20, 25, 58 et 68), il occupait la face postérieure et le bord droit.

16 femmes se couchaient surtout sur le côté gauche ; nous avons trouvé le placenta 11 fois sur la face postérieure et le bord gauche de l'utérus (10, 29, 36, 37, 41, 51, 56, 59, 60, 62, 70), 1 fois sur la face antérieure (7), 1 fois sur la face postérieure (8) et 3 fois (9, 48, 65) sur la face antérieure et le bord droit : en tout 12 insertions sur la face postérieure.

Chez 8 parturientes nous affirmant se coucher exclusivement sur le dos, nous avons trouvé le placenta 4 fois sur la face postérieure (5, 11, 33, 55), 1 fois sur le bord droit (1) et 3 fois sur la face antérieure (21, 27, 34). Restent 6 femmes qui se couchent indifféremment dans différentes positions.

Ces résultats ne nous permettent guère de tirer aucune conclusion irréfutable. Mais nous ferons cependant remarquer que le placenta inséré soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure gagne le bord droit de l'utérus dans la majorité des cas ; car si nous ne tenons pas compte des renseignements fournis par les parturientes (renseignements généralement difficiles à obtenir), nous voyons que 45 fois le placenta atteignait le bord droit de l'utérus ; de plus, dans ces 45 cas, 1 fois le milieu du placenta occupait le bord droit, en passant d'une face à l'autre.

Dans 17 cas seulement, le placenta atteignait le bord gauche, mais nous ne l'avons jamais trouvé passant d'une face à l'autre, en recouvrant le bord gauche de l'utérus.

Comme le décubitus sur le côté droit est incontestablement le plus fréquent, il est à se demander si le repos au lit ne favorise pas la greffe de l'ovule dans le point le plus déclive de la cavité utérine.

Il est vrai que l'on conçoit mal qu'un ovule d'un poids

insignifiant arrivant dans une cavité tapissée de cils vibratiles, et pour ainsi dire virtuelle, puisse subir l'action de la pesanteur et s'insérer de préférence en un endroit déterminé de l'utérus; mais à cela nous pouvons répondre que l'œuf fécondé acquiert peut-être un poids suffisant, au bout de 10 à 12 jours, pour subir l'action de la pesanteur et que d'ailleurs, si la pesanteur n'agit que peu ou pas, l'ovule tend peut-être à se greffer dans le point le plus déclive de la cavité utérine parce que la vascularisation y est plus grande. On pourrait aussi ajouter que le centre du placenta ne siège peut-être pas forcément à l'endroit où s'est greffé l'ovule, c'est-à-dire que le placenta peut très bien ne pas se développer concentriquement et progresser davantage dans une direction déterminée où l'appellent des conditions particulièrement favorables de nutrition.

A ce propos, nous ferons remarquer qu'il est reconnu que le vrai placenta prævia est irrégulier, mince et de dimensions relativement considérables; il semble qu'il s'étend davantage en surface pour parer aux médiocres ressources de nutrition offertes par le mauvais terrain sur lequel il vit, son contour irrégulier suggère les mêmes réflexions; il s'arrête brusquement en un point comme pour pousser plus loin des prolongements vers une muqueuse plus saine. Le placenta normal ne peut-il, comme le placenta prævia, se développer suivant certaine direction, indépendante du siège de la greffe ovulaire et préférer les endroits à la fois plus déclives et plus vasculaires? Nous n'avons pas la prétention, ni les moyens d'élucider une question aussi délicate que des chercheurs plus autorisés résoudront sans doute un jour.

MM. Pinard et Varnier, dans leurs belles recherches anatomiques, ont trouvé le placenta inséré 1 fois sur 39 cas sur la paroi latérale droite de l'utérus, mais ne l'ont pas trouvé sur la paroi latérale gauche.

Antérieurement Meckel avait déjà reconnu que le placenta, surtout chez les primipares, s'insérait un peu à droite, à la partie supérieure et postérieure de l'utérus.

Nous aurions voulu trouver dans l'obstétrique comparée, des notions sur les lois qui régissent l'insertion placentaire. Malheureusement, MM. Barrier et Cadiot, de l'École d'Alfort, nous ont bien dit que le placenta des animaux est rarement comparable à celui de la femme. M. de Bruin, de l'École vétérinaire d'Utrecht, nous a particulièrement renseigné en nous montrant que le cheval et le porc ont un placenta vilieux, diffus; la vache et la brebis, un placenta multiple, cotylédonné; les carnivores, un placenta zonaire. Ces notions d'obstétrique vétérinaire ne nous sont pas utiles; mais, ajoute M. de Bruin, chez le cheval, la corne droite est fécondée plus fréquemment que la corne gauche; chez la vache, la proportion est de 58 pour 100 pour la corne droite et 42 pour la gauche.

Nous avons trouvé, ailleurs, que sur 43 vaches ou brebis 25 fois le fœtus est dans la corne droite et 18 fois dans la gauche. Ordinairement, l'insertion placentaire a lieu surtout dans la corne droite et on sait que la plupart des animaux se couchent sur le ventre et le côté droit, et que, chez la vache, l'utérus se trouve dans l'hypogastre droit pendant la gestation.

Pour nous, nous basant surtout sur les recherches que nous avons faites, nous retiendrons seulement que le placenta a la plus grande tendance à gagner le bord droit

de l'utérus, qu'il recouvre parfois complètement, tandis que son centre ne correspond jamais au bord gauche ; il nous semble que cette insertion est influencée par le décubitus de la mère pendant le sommeil.

CONCLUSIONS

1° Le placenta siège habituellement sur une des faces de l'utérus ; presque toujours il occupe toute la hauteur de cette face, depuis le fond jusqu'à l'anneau de Bandl, limite supérieure du segment inférieur.

Il dépasse rarement cette limite par son bord inférieur.

Jamais le placenta ne recouvre complètement le fond de l'utérus et il s'insère rarement en partie sur ce fond.

2° Dans l'immense majorité des cas, à la fin de la grossesse, le fœtus est en contact par un de ses plans latéraux avec la face fœtale du placenta.

Outre l'inclinaison latérale de l'utérus à droite et sa torsion à droite sur son axe vertical, la présence du placenta sur une des faces utérines est une des grandes causes qui orientent les positions suivant le diamètre oblique gauche du bassin.

3° Le placenta possède la plus grande tendance à gagner le bord droit de l'utérus, et nous pensons pouvoir attribuer le lieu d'insertion à l'influence du décubitus de la mère pendant le sommeil.

Enfin nous pouvons conclure, comme corollaire, que, sous le couvert de l'antisepsie, les manœuvres intra-utérines sont de la plus grande bénignité à la condition

qu'elles ne s'accompagnent d'aucun traumatisme grave, puisque ces 70 observations ont pu être prises sans causer aucune infection, ni aucune élévation de température.

Vu : *le Président de Thèse,*
BUDIN.

Vu : *le Doyen,*
P. BROUARDEL.

Vu : Permis d'imprimer.

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

- AHLFELD. — Weitere Untersuchungen über die physiologischen Vorgänge in der Nachgeburt periode. (*In Zeitschrift-f-Geb.* 1897, t. 36, Hoft. 3, p. 443).
- ANNALES D'OBSTÉTRIQUE.
- AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, 1898.
- BUDIN ET CROUZAT. — Pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes. 2^e édition, 1898.
- CHAILLY-HONORÉ. — Traité pratique de l'art des accouchements. 6^e édition, 1878.
- CHARLÈS. — Cours d'accouchements, 1899.
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements, 2^e édition, 1889.
- DELORE. — Article PLACENTA du *Dictionnaire encyclopédique des sciences Médicales*.
- DEMELIN. — Anatomie obstétricale.
- DYLION. — Insertion du Placenta.
- LÉOPOLD. — Uterus und Kind. Leipzig, 1897.
- MARÉCHAL. — Article PLACENTA du *Dictionnaire de médecine et chirurgie de Jaccoud*.
- NŒGELÉ et GRENSER. — Traité pratique de l'art des accouchements 2^e édition, 1880.
- PINARD et VARNIER. — Etudes d'anatomie obstétricale normale et pathologique. Paris, 1892.
- POZZI. — Anatomie et physiologie génitale et obstétricale. 1894.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique. 3^e édition, 1897.
- TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.
- TRIDONDANI. — La diagnosi di sede dell'inserzione placentare. (*Annali di Ostetricia e Gynecologia*. Juin 1897, p. 255).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Procédé de recherche.....	12
CHAPITRE III. — Tableaux comparatifs d'observations d'insertions'du placenta.....	15
CHAPITRE IV. — Observations de quelques cas de dystocie..	44
Observation I. — <i>Présentation du sinciput</i> , application de forceps.....	44
Observation II. — <i>MIGT</i> , avec <i>procidence de la main gauche</i> . Version podalique.....	45
Observation III. — <i>Présentation du dos</i> , version podalique ...	46
Observation IV. — <i>Placenta prævia central</i> , Accouchement forcé.....	48
Observation V. — <i>Bassin rachitique de 0,07</i> , Symphyséotomie	50
Observation VI. — <i>Placenta prævia central</i> , Accouchement méthodiquement rapide.....	52
CHAPITRE V. — Tableau comparatif du siège du placenta, du décubitus de la mère et de la position du fœtus.....	55
CHAPITRE VI. — Statistique de l'insertion.....	56
1° Siège du placenta.....	56
2° Rappprt du placenta avec la position du fœtus.....	59
3° Rapport de la situation du placenta avec la décubitus.....	63
CONCLUSIONS.....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	71

